



Normas de Cuidados de Saúde para Pessoas Transgénero e de Género Diverso, Versão 8

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuyper, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

To cite this article: E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuyper, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Eisfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)



© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 77931



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 2 View citing articles [↗](#)

Normas de Cuidados de Saúde para Pessoas Transgênero e de Gênero Diverso, Versão 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijssels⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} and J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA; ²Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA; ³Department of Medicine, NYU Grossman school of Medicine, New York, NY, USA; ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; ⁵School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK; ⁶James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA; ⁷James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA; ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁹Center of expertise on gender dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands; ¹⁰Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA; ¹¹UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA; ¹²New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA; ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA; ¹⁴Independent Practice, San Francisco, CA, USA; ¹⁵Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA; ¹⁶Independent scholar, Vancouver, WA, USA; ¹⁷The George Washington University, Washington, DC, USA; ¹⁸Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA; ¹⁹University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ²⁰Independent Practice at dankarasic.com; ²¹University of British Columbia, Vancouver, Canada; ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; ²³Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA; ²⁴New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ²⁵Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; ²⁶Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁷Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; ²⁸Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Ghent, Belgium; ²⁹Department of Pediatrics, the Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA; ³⁰Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; ³¹University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany; ³²Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ³³Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; ³⁴Regents University London, UK; ³⁵Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK; ³⁶Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; ³⁷Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ³⁸Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; ³⁹Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA; ⁴⁰Bureau GenderPro, Vienna, Austria; ⁴¹University Hospital Lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria; ⁴²School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia; ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, USA; ⁴⁴University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada; ⁴⁵Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH); ⁴⁶Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; ⁴⁷Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela;

CONTACT Dr Eli Coleman, PhD  Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA
†deceased.

© 2022 the author(s). Published with license by Taylor & Francis group, LLC.

this is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

⁴⁸University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; ⁴⁹La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia; ⁵⁰Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵¹Monash University, Melbourne, Victoria, Australia; ⁵²Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey; ⁵³Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA; ⁵⁴Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; ⁵⁵National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁵⁶Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; ⁵⁷NYU Langone Health, New York, NY, USA; ⁵⁸Hansjörg Wyss Department of Plastic surgery, New York, NY, USA; ⁵⁹Department of Plastic surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁶⁰Icahn school of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; ⁶¹Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA; ⁶²GRS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; ⁶³Université de Montreal, Quebec, Canada; ⁶⁴University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ⁶⁵The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain; ⁶⁶Independent scholar; ⁶⁷Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ⁶⁸Independent Practice, Oakland, CA, USA; ⁶⁹Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; ⁷⁰The Ohio state university, College of Medicine, Columbus, OH, USA; ⁷¹School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; ⁷²Penn State Health, PA, USA; ⁷³Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA; ⁷⁴Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ⁷⁵Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa; ⁷⁶University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ⁷⁷Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ⁷⁸University of Victoria, Victoria, BC, Canada; ⁷⁹ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁸⁰Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁸¹UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas; ⁸²D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas; ⁸³University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; ⁸⁴Pacific University, Hillsboro, OR, USA; ⁸⁵Independent Practice, Beaverton, OR, USA; ⁸⁶Whitman Walker Health, Washington, DC, USA; ⁸⁷Independent Practice, Maryland, USA; ⁸⁸Transvisie, Utrecht, The Netherlands; ⁸⁹Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium; ⁹⁰The Jed Foundation, New York, NY, USA; ⁹¹Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA; ⁹²Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; ⁹³Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy; ⁹⁴Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA; ⁹⁵Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; ⁹⁶Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; ⁹⁷Mermmaids, London/ Leeds, UK; ⁹⁸Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; ⁹⁹Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA; ¹⁰⁰Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰¹MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; ¹⁰³Independent Practice, New York, NY, USA; ¹⁰⁴Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA; ¹⁰⁵RMIT University, Melbourne, Australia; ¹⁰⁶University of Brighton, Brighton, UK; ¹⁰⁷Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ¹⁰⁸Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium; ¹⁰⁹Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹¹⁰Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; ¹¹¹Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA; ¹¹²Denver Health, Denver, CO, USA; ¹¹³University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA; ¹¹⁴Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA; ¹¹⁵WPATH Global Education Institute; ¹¹⁶Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; ¹¹⁷Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁸John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA; ¹¹⁹Professional Association for Transgender Health, South Africa; ¹²⁰Gender DynamiX, Cape Town, South Africa; ¹²¹Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA; ¹²²Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA; ¹²³Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA; ¹²⁴Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA; ¹²⁵Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA; ¹²⁶Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA; ¹²⁷Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹²⁸Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹²⁹La Trobe University, Melbourne, Australia; ¹³⁰Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia; ¹³¹Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA; ¹³²Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA; ¹³³Independent Practice Thessaloniki, Greece; ¹³⁴Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece; ¹³⁵Talkspace, New York, NY, USA; ¹³⁶CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA; ¹³⁷Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand; ¹³⁸Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK; ¹³⁹Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁴⁰Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ¹⁴¹Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; ¹⁴²Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA; ¹⁴³UCSF Child and Adolescent Gender Center; ¹⁴⁴FTM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia; ¹⁴⁵Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA; ¹⁴⁶Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA; ¹⁴⁷Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada; ¹⁴⁸St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK; ¹⁴⁹Irant, Johannesburg, South Africa; ¹⁵⁰University of Houston, Houston, TX, USA; ¹⁵¹Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁵²Children's National Hospital, Washington, DC, USA; ¹⁵³George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; ¹⁵⁴Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA; ¹⁵⁵Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ¹⁵⁶Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; ¹⁵⁷Independent Practice, Campbell, CA, USA; ¹⁵⁸Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; ¹⁵⁹School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; ¹⁶⁰Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶¹Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ¹⁶²Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK; ¹⁶³College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, Milwaukee, WI, USA; ¹⁶⁴Health Connections Inc., Glendale, WI, USA; ¹⁶⁵North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA; ¹⁶⁶University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ¹⁶⁷Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

RESUMO

Contexto: Os cuidados de saúde para pessoas transgênero constituem um campo interdisciplinar em rápida evolução. Na última década, tem havido um aumento, sem precedentes, tanto no número como na visibilidade de pessoas transgênero e de gênero diverso (TGD) que procuram apoio, bem como procedimentos médicos de afirmação de gênero, em paralelo com um significativo aumento de literatura científica nesta área. A Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH) é uma associação profissional, internacional e multidisciplinar, cuja missão é promover cuidados de saúde baseados na evidência, educação, investigação, políticas públicas e respeito no âmbito da saúde transgênero. Uma das principais funções da WPATH é promover os mais elevados padrões nos cuidados de saúde para pessoas TGD, através das Normas de Cuidados de Saúde (SOC). As SOC foram inicialmente desenvolvidas em 1979 e a sua versão mais recente (SOC 7) foi publicada em 2012. Tendo em consideração o aumento da evidências científica, a WPATH encomendou uma nova versão das Normas de Cuidados de Saúde, as SOC 8.

Objetivo: O principal objetivo das SOC 8 é disponibilizar orientações clínicas para profissionais de saúde, de forma a poderem apoiar pessoas TGD no acesso a percursos seguros e eficazes, que lhes permitam alcançar um conforto pessoal duradouro com o gênero com que se identificam, com o propósito de otimizar a saúde física geral, o bem-estar psicológico e a autorrealização.

Métodos: As SOC 8 são baseadas na melhor evidência científica disponível e no consenso de profissionais especialistas em saúde transgênero. Selecionaram-se profissionais e partes interessadas para integrar a comissão das SOC 8. Foram produzidas recomendações, a partir de dados provenientes de revisões independentes e sistemáticas da literatura, sempre que disponíveis, de análises de contexto e de pareceres de especialistas. A classificação das recomendações foi feita com base nas evidências disponíveis, que sustentam as intervenções, numa análise de riscos e danos, bem como na exequibilidade e aceitação, no âmbito de diferentes contextos e países.

Resultados: As SOC 8 são constituídas por um conjunto de 18 capítulos, que contêm recomendações para profissionais de saúde que prestam cuidados e tratamento a pessoas TGD. Cada uma das recomendações é acompanhada por um texto explicativo, com referências relevantes. As áreas gerais relativas à saúde de pessoas transgênero são abordadas nos capítulos Terminologia, Aplicabilidade Global, Estimativas Populacionais e Educação. Os capítulos desenvolvidos para a população diversificada de pessoas TGD incluem Avaliação de Pessoas Adultas, Adolescentes, Crianças, Pessoas Não Binárias, Eunucos, Pessoas Intersexo, e Pessoas Institucionalizadas. Por fim, os capítulos relacionados com procedimentos de afirmação de gênero são Terapia Hormonal, Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios, Comunicação e Voz, Cuidados Primários, Saúde Reprodutiva, Saúde Sexual e Saúde Mental.

Conclusões: As orientações das SOC 8 pretendem ser flexíveis, de forma a responder às diversas necessidades de cuidados de saúde para pessoas TGD, a nível global. Não obstante serem adaptáveis, disponibilizam normas para promover cuidados de saúde ideais e orientações para o tratamento de pessoas que sentem incongruência de gênero. Tal como em todas as versões anteriores das SOC, os critérios apresentados neste documento para intervenções médicas de afirmação de gênero são orientações clínicas; pelo que, cada profissional ou programa de cuidados de saúde, as pode modificar, em diálogo com a pessoa TGD.

PALAVRAS-CHAVE:

adolescentes; avaliação; crianças; comunicação; educação; endocrinologia; eunuco; gênero diverso; profissional de saúde; pessoas institucionalizadas; intersexo; saúde mental; pessoas não binárias; população; cuidados pós-operatórios; cuidados primários; saúde reprodutiva; saúde sexual; SOC8; Normas de cuidado de saúde; cirurgia; terminologia; transgênero; voz

NOTA DE RESPONSABILIDADE

A redação da tradução para português (europeu) das Normas de Cuidados de Saúde para Pessoas Transgênero e de Gênero Diverso da WPATH foi realizada procurando utilizar, sempre que possível, uma linguagem inclusiva. Neste caso, foi usada uma linguagem neutra do ponto de vista do gênero, reduzindo marcadores e artigos de gênero binário, pelo que compreendemos que a sua utilização poderá causar dificuldades na leitura e interpretação. Reconhecemos que, numa primeira leitura, algumas frases poderão causar estranheza, contudo, tendo em consideração o tema, não poderíamos, em consciência, proceder de outra forma.

Todas as pessoas, incluindo profissionais de saúde, envolvidas no processo de tradução e revisão das Normas de Cuidados de Saúde (SOC-8), versão portuguesa, recusam qualquer responsabilidade sobre as diretrizes, declarações ou recomendações dadas.

	Índice	Página nr.
	INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO 1	Terminologia	13
CAPÍTULO 2	Aplicabilidade Global	18
CAPÍTULO 3	Estimativas Populacionais	29
CAPÍTULO 4	Educação	35
CAPÍTULO 5	Avaliação de Pessoas Adultas	40
CAPÍTULO 6	Adolescentes	56
CAPÍTULO 7	Crianças	90
CAPÍTULO 8	Pessoas Não Binárias	108
CAPÍTULO 9	Eunucos	120
CAPÍTULO 10	Pessoas Intersexo	128
CAPÍTULO 11	Pessoas Institucionalizadas	144
CAPÍTULO 12	Terapia Hormonal	152
CAPÍTULO 13	Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios	176
CAPÍTULO 14	Voz e Comunicação	187
CAPÍTULO 15	Cuidados Primários	195
CAPÍTULO 16	Saúde Reprodutiva	213
CAPÍTULO 17	Saúde Sexual	223
CAPÍTULO 18	Saúde Mental	234
	Agradecimentos	243
	Referências	244
	Anexo A Metodologia	366
	Anexo B Glossário	376
	Anexo C Terapias hormonais de afirmação de género	378
	ANEXO D Resumo dos critérios para a terapia hormonal e procedimentos cirúrgicos em pessoas adultas e adolescentes	380
	ANEXO E Procedimentos cirúrgicos de afirmação de género	382

INTRODUÇÃO

Finalidade e utilização das Normas de Cuidados de Saúde

O objetivo global da Oitava Edição das Normas de Cuidados de Saúde (SOC 8), da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH - *World Professional Association for Transgender Health*), é disponibilizar orientações clínicas para profissionais de saúde, de forma a poderem apoiar pessoas transgênero e de gênero diverso (TGD), no acesso a percursos seguros e eficazes, que lhes permitam alcançar um conforto pessoal duradouro, com o gênero com que se identificam, com o propósito de otimizar a saúde física geral, o bem-estar psicológico e a realização pessoal. Esse apoio pode incluir, entre outros, processos hormonais e intervenções cirúrgicas, terapia de voz e comunicação, cuidados primários, depilação, saúde reprodutiva e sexual e saúde mental. Os sistemas de saúde devem disponibilizar os cuidados de saúde de afirmação de gênero, clinicamente necessários, para pessoas TGD: Consulte o Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1.

A WPATH é uma associação profissional, internacional e multidisciplinar, cuja missão é promover cuidados de saúde baseados na evidência, educação, investigação, políticas públicas e respeito na saúde transgênero. Fundada em 1979, a organização conta, atualmente, com mais de 3.000 profissionais de saúde, cientistas sociais e profissionais de justiça, que se envolvem na prática clínica, investigação, educação e defesa dos direitos que afetam a vida das pessoas TGD. A WPATH idealiza um mundo em que pessoas de todas as identidades de gênero e expressões de gênero tenham acesso a cuidados de saúde baseados na evidência, a serviços sociais, a justiça e a igualdade.

Uma das principais funções da WPATH é promover os mais altos padrões de cuidados

de saúde a pessoas, através das Normas de Cuidados de Saúde (SOC), para a saúde das pessoas TGD.

As SOC 8 são baseadas na melhor evidência científica disponível e no consenso de profissionais especialistas. As SOC foram inicialmente desenvolvidas em 1979 e a sua versão mais recente publicada em 2012.

A maioria da investigação e experiência neste campo tem origem numa perspetiva norte-americana e europeia ocidental; consequentemente, são necessárias adaptações das SOC 8 a outras partes do mundo. Esta versão das SOC inclui sugestões de abordagem à relatividade cultural e às competências culturais.

A WPATH reconhece que a saúde não depende apenas de cuidados clínicos de alta qualidade, mas também de ambientes sociais e políticos que garantam tolerância social, igualdade e direitos de cidadania plenos. A saúde é promovida através de políticas públicas e reformas legais, que estimulem a tolerância e a equidade, quanto à diversidade de gênero, e que eliminem o preconceito, a discriminação e a estigmatização. A WPATH está comprometida com a defesa dessas alterações, a nível político e legal. Consequentemente, profissionais de saúde que prestam cuidados às pessoas TGD deverão defender melhores acessos a cuidados de saúde de afirmação de gênero, seguros e certificados, respeitando a autonomia de cada pessoa.

Embora este seja principalmente um documento para profissionais de saúde, outras pessoas, as suas famílias e as instituições sociais também podem usar as SOC 8, para entender como podem ajudar a promover uma melhor saúde para as pessoas dessa população tão diversificada.

As SOC 8 têm 18 capítulos com recomendações para profissionais de saúde que trabalham com pessoas TGD. Cada uma

das recomendações é seguida por um texto explicativo com referências relevantes.

As recomendações para o início de procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero (PMCAgS), para pessoas adultas e adolescentes, encontram-se nos respectivos capítulos (consulte os capítulos Avaliação de Pessoas Adultas e Adolescentes). Um resumo das recomendações e dos critérios para os GAMST encontram-se no Anexo D.

Populações incluídas nas SOC 8

Neste documento, usamos a expressão transgênero e gênero diverso (TGD), para que a descrição de quem pertence às muitas e diversas comunidades, de pessoas com identidades ou expressões de gênero, que diferem do gênero socialmente atribuído, ou do sexo atribuído à nascença, que existem a nível global, seja a mais abrangente e lata possível. Incluindo pessoas que têm experiências, identidades ou expressões específicas, a nível cultural e/ou linguístico, que podem ou não ser baseadas, ou incluídas, em conceptualizações ocidentais de gênero ou na linguagem utilizada para as descrever.

As SOC 8 da WPATH alargam o espectro de pessoas abrangidas pelo termo abrangente TGD, bem como os contextos em que estas diretrizes devem ser aplicadas, para promover a equidade e os direitos humanos.

De um modo geral, as pessoas TGD abrangem uma gama diversificada de identidades e expressões de gênero e apresentam diferentes necessidades, quanto a cuidados de saúde de afirmação de gênero, ao longo das suas vidas, que estão relacionadas com objetivos pessoais e características individuais, com os recursos de cuidados de saúde disponíveis e com contextos socioculturais e políticos. O vazio resultante da inexistência de padrões para os cuidados de saúde de determinados grupos pode ter como consequência uma grande

disparidade de abordagens terapêuticas, incluindo as que podem ser contraproducentes ou prejudiciais.

As SOC 8 incluem recomendações para promover a saúde e o bem-estar de grupos com gênero diverso que, frequentemente, têm sido negligenciados e/ou marginalizados, incluindo pessoas não binárias, eunucos e pessoas intersexo.

As SOC 8 continuam a definir os cuidados de saúde adequados para jovens TGD, incluindo, quando indicado, a utilização de supressão da puberdade e, quando indicado, a utilização de hormonas de afirmação de gênero. Em todo o mundo, as pessoas TGD são, frequentemente, alvo de transfobia, estigmatização, ignorância e recusa de cuidados de saúde, quando procuram serviços de saúde, o que contribui para diferenças significativas ao nível da saúde. As pessoas TGD relatam, muitas vezes, que são as próprias a ter de ensinar, às pessoas que lhes prestam cuidados médicos, como devem ser tratadas, devido à insuficiência de conhecimentos e formação daquelas. As formas interseccionais de discriminação, marginalização social e crimes de ódio contra pessoas TGD levam ao stress das minorias. O stress das minorias está associado a diferenças ao nível da saúde mental, exemplificadas por taxas mais elevadas de depressão, ideação suicida e automutilação não suicida, do que as taxas observadas em populações cisgênero. Profissionais de todas as especialidades devem ter em consideração a elevada vulnerabilidade de muitas pessoas TGD. A WPATH apela às autoridades de saúde, às pessoas legisladoras e às sociedades médicas que desencorajam e combatam a transfobia entre profissionais de saúde, garantindo que são feitos todos os esforços para encaminhar pessoas TGD para profissionais com experiência e vontade de prestar cuidados de saúde de afirmação de gênero.

Flexibilidade das SOC

As orientações das SOC 8 pretendem ser flexíveis de modo a responder às diferentes necessidades de cuidados de saúde de pessoas TGD em todo o mundo. Embora adaptáveis, disponibilizam normas para promover cuidados de saúde ideais, bem como para orientar a terapia de pessoas com incongruência de género. Tal como em todas as anteriores versões das SOC, os critérios apresentados neste documento, para intervenções de afirmação de género, constituem orientações clínicas; pelo que, cada profissional ou programa de cuidados de saúde, as pode modificar, em diálogo com a pessoa TGD. Podem surgir desvios clínicos relativamente às SOC, devido às características anatómicas, sociais ou psicológicas específica de uma determinada pessoa; à evolução do método para lidar com uma situação frequente por parte de profissional de saúde com experiência; a um protocolo de investigação; à falta de recursos em várias partes do mundo; ou à necessidade de estratégias específicas para redução de danos. Esses desvios devem ser reconhecidos como tal, explicados à pessoa TGD e documentados. Essa documentação tem, igualmente, imenso valor para a recolha de novos dados, que podem ser analisados retrospectivamente para permitir que os cuidados de saúde - e as SOC - evoluam.

As SOC 8 realçam a função da tomada de decisões informada e o valor das abordagens de redução de danos. Além disso, esta versão das SOC reconhece e valida várias expressões de género que podem não necessitar de tratamentos psicológicos, hormonais ou cirúrgicos. Profissionais de saúde podem usar as SOC para ajudar as pessoas a ponderar toda a gama de serviços de saúde disponíveis, de acordo com as suas necessidades clínicas de expressão de género.

Diversidade versus Diagnóstico

A expressão de características de género, incluindo identidades, que não se encontram associadas de forma estereotipada ao sexo atribuído à nascença, é um fenómeno humano frequente e culturalmente diversificado, que não deve ser considerado como sendo intrinsecamente negativo ou patológico.

Infelizmente, a desconformidade de género e a diversidade de identidades e expressões de género são estigmatizadas em muitas sociedades a nível mundial. Essa estigmatização pode levar ao preconceito e à discriminação, tendo como consequência o «stress das minorias». O stress das minorias é específico (cumulativo com outros fatores de stress sentidos por todas as pessoas), tem uma base social, é crónico e pode tornar as pessoas TGD mais vulneráveis ao aparecimento de problemas de saúde mental, tais como ansiedade e depressão. Para além do preconceito e da discriminação na sociedade em geral, a estigmatização pode contribuir para o abuso e a negligência nos relacionamentos interpessoais, que, por sua vez, podem levar a perturbações psicológicas. No entanto, estes sintomas são induzidos socialmente e não são inerentes ao facto de se ser uma pessoa TGD.

Apesar de a Disforia de Género (DG) ainda ser considerada uma perturbação da saúde mental na 5ª Edição, com Revisão de Texto, do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5-TR) da Associação Psiquiátrica Americana, a incongruência de género deixou de ser considerada uma patologia ou uma doença mental pela comunidade mundial da saúde. A Incongruência de Género é reconhecida como uma condição na 11ª Versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), da Organização Mundial da Saúde.

Por causa da estigmatização histórica e atual, as pessoas TGD podem sentir sofrimento ou disforia, que podem ser abordados através de várias opções

de terapia de afirmação de gênero. Embora a nomenclatura esteja sujeita a alterações e as diferentes organizações de saúde e organismos administrativos possam adotar novas terminologias e classificações, a necessidade médica de terapias e cuidados é claramente reconhecida para a enorme quantidade de pessoas que sentem dissonância entre o sexo que lhes foi atribuído à nascença e a sua identidade de gênero.

Nem todas as sociedades, países ou sistemas de saúde exigem um diagnóstico para o acesso a cuidados de saúde. Contudo, em alguns países, esses diagnósticos podem facilitar o acesso a cuidados de saúde, clinicamente necessários, e podem incentivar a realização de mais investigação sobre tratamentos eficazes.

Serviços de saúde

O objetivo dos cuidados de saúde para afirmação de gênero consiste em abordar, de forma holística, as necessidades sociais, de saúde física, mental e de bem-estar das pessoas TGD, em parceria com estas, para afirmar, com todo o respeito, a sua identidade de gênero. Os cuidados de saúde de afirmação de gênero devem apoiar as pessoas TGD ao longo de toda a sua vida - desde os primeiros sinais de incongruência de gênero na infância, passando pela idade adulta, até à velhice - bem como as pessoas que tenham dúvidas e incertezas sobre a sua identidade de gênero, tanto antes como depois da transição.

Os cuidados de saúde transgênero são maiores do que a soma das suas partes, envolvendo cuidados holísticos inter e multidisciplinares, de endocrinologia, cirurgia, voz e comunicação, cuidados primários, saúde reprodutiva, saúde sexual e

saúde mental, para apoiar as intervenções de afirmação de gênero, bem como os cuidados preventivos e o tratamento de doenças crônicas. As intervenções de afirmação de gênero incluem a supressão da puberdade, a terapia hormonal e as cirurgias de afirmação de gênero, entre outras. Deve realçar-se que não existe uma única abordagem universal e que as pessoas TGD podem necessitar de se submeter a todas, apenas a algumas, ou, até mesmo, a nenhuma das estas intervenções para apoiar a sua afirmação de gênero. Estas orientações incentivam a utilização de um modelo de cuidados centrado na pessoa, para o início de intervenções de afirmação de gênero, e atualizam muitos requisitos anteriores, de modo a reduzir os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. Idealmente, deve existir comunicação e coordenação dos cuidados de saúde entre quem presta esses cuidados, para otimizar os resultados e o momento de realização das intervenções de afirmação de gênero, centradas nas necessidades e aspirações da pessoa e, também, para minimizar danos.

Em estruturas com recursos suficientes, as consultas multidisciplinares e a coordenação dos cuidados de saúde já são uma rotina, mas, em muitas regiões do mundo, há falta de equipamentos e de instalações dedicados aos cuidados de saúde de transgênero. Se possível, para essas regiões, é fortemente recomendado que quem presta cuidados de saúde crie uma rede, para facilitar a prestação dos cuidados de saúde transgênero, que não estejam disponíveis localmente. A nível mundial, as pessoas TGD são, por vezes, forçadas por familiares ou por comunidades religiosas a submeterem-se a terapias de conversão. A WPATH desaconselha veementemente a utilização de quaisquer terapias reparadoras ou de conversão (ver declarações 6.5 e 18.10).

Locais onde se prestam cuidados de saúde

As SOC 8 são orientações baseadas nos direitos

fundamentais das pessoas TGD, que se aplicam a todos os locais em que são prestados cuidados de saúde, independentemente das circunstâncias sociais ou clínicas de cada pessoa. Por isso, incluem uma recomendação para aplicar as normas de cuidados de saúde a pessoas TGD que estejam presas ou que vivam noutras instituições.

Devido à falta de profissionais com qualificações (ou conhecimentos) nesta área, ao acesso demorado, a obstáculos financeiros e/ou a experiências prévias de estigmatização, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, muitas pessoas TGD fazem terapia hormonal sem prescrição médica. Isso representa um risco para a saúde, associado à utilização de terapias sem supervisão, com doses potencialmente sobreterapêuticas e à possível exposição a doenças transmitidas pelo sangue, se as agulhas forem partilhadas para a administração. No entanto, para muitas pessoas, esta é a única forma de adquirir os tratamentos de afirmação de género, clinicamente necessários, que, de outro modo, seriam inacessíveis. A abordagem à utilização de hormonas, sem prescrição médica, deve ser feita numa perspectiva de redução de danos, para garantir que as pessoas estabelecem ligações com as pessoas prestadoras de cuidados de saúde que lhes possam prescrever terapêuticas hormonais seguras e supervisionadas.

Em alguns países, os direitos das pessoas TGD têm vindo a ser cada vez mais reconhecidos e estão a ser criadas clínicas de diversidade de género, que podem servir como modelos para os cuidados. No entanto, noutros países, esse tipo de respostas é inexistente e a prestação de cuidados de saúde pode ser mais fragmentada e com recursos insuficientes. Apesar disso, estão a ser implementados diferentes modelos pioneiros de prestação de cuidados de saúde, incluindo esforços para descentralizar os cuidados de afirmação de género, no âmbito dos cuidados de saúde primários, de modo a reduzir barreiras e melhorar o acesso.

Independentemente do método de prestação dos cuidados, os princípios dos cuidados de saúde de afirmação de género, tal como descritos nas SOC 8, devem ser adaptados de modo a se alinharem com os contextos socioculturais, políticos e médicos locais.

Metodologia

Esta versão das Normas de Cuidados de Saúde (SOC 8) assenta numa abordagem, baseada na evidência, mais rigorosa e metodológica do que nas versões anteriores. Essa evidência não se baseia apenas na literatura publicada (evidência direta e também de contexto), mas, também, em pareceres que obtiveram o consenso de especialistas. As orientações baseadas na evidência incluem recomendações, destinadas a otimizar a prestação de cuidados de saúde às pessoas, e são fundamentadas numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe, bem como na utilização e viabilidade dos recursos.

Embora a investigação baseada na evidência proporcione os fundamentos, para orientações e recomendações robustas, quanto a práticas clínicas, estas têm de ser contrabalançadas pela realidade e exequibilidade da prestação de cuidados de saúde, em diferentes contextos.

O processo para a elaboração das SOC 8 integrou as recomendações sobre a redação de diretrizes para a prática clínica, estabelecidas pelas Academias Nacionais de Medicina e pela Organização Mundial da Saúde, que abordam a transparência, as políticas sobre conflito de interesses, a constituição da comissão e os procedimentos do grupo.

A comissão estabelecida para as orientações SOC 8 era multidisciplinar e constituída por especialistas nos temas, profissionais de saúde, pessoas investigadoras e partes interessadas, com diversas perspectivas e representação geográfica. Recebeu apoio de

uma pessoa especialista na elaboração de metodologias, neste caso na redação de orientações, relativamente ao planeamento e elaboração das questões e revisões sistemáticas. Também recebeu contributos adicionais, disponibilizados por uma comissão consultiva internacional, e ainda outros durante o período de consulta pública. Todas

as pessoas que integravam a comissão preencheram declarações de conflito de interesses. As recomendações incluídas nas SOC 8 são baseadas na evidência disponível que sustenta as intervenções, numa discussão sobre riscos e danos, bem como na exequibilidade e aceitabilidade em diferentes contextos e realidades nacionais. O consenso sobre as recomendações finais foi alcançado usando o Método Delphi, que incluiu todas as pessoas que faziam parte da comissão de diretrizes e que exigiu que as declarações de recomendação fossem aprovadas por, pelo menos, 75% dessas pessoas. No Anexo A, encontra-se uma descrição pormenorizada da Metodologia das SOC 8.

Resumo dos Capítulos das SOC 8

As SOC 8 constituem um avanço significativo relativamente às versões anteriores. As alterações presentes nesta versão são baseadas numa metodologia essencialmente distinta, em mudanças culturais significativas, em avanços no conhecimento clínico e na valorização dos muitos problemas de saúde, que podem surgir em pessoas TGD, para além da terapia hormonal e da cirurgia.

Estas diretrizes atualizadas dão continuidade ao processo iniciado com as SOC 7, em 2011, de modo a alargar o seu âmbito e a passar de uma abordagem mais limitada, direcionada para os requisitos psicológicos de «diagnóstico de transgênerismo» e os tratamentos médicos para aliviar a disforia de gênero, para uma abordagem aos cuidados de

saúde de afirmação de gênero, que considera a pessoa enquanto um todo. As SOC 8 da WPATH alargam as orientações, especificando quais as pessoas incluídas sob o termo abrangente TGD, o que deve e não deve ser disponibilizado no âmbito dos cuidados de saúde para afirmação de gênero, bem como os contextos em que estas diretrizes devem ser aplicadas para promover a equidade e os direitos humanos.

As SOC 8 têm vários capítulos novos, tais como Avaliação de Pessoas Adultas, Educação, Eunucos e um capítulo sobre Pessoas Não Binárias. Além disso, o capítulo sobre crianças e adolescentes das SOC 7 foi dividido em dois capítulos diferentes. De um modo geral, as SOC 8 são consideravelmente maiores do que as versões anteriores e disponibilizam uma introdução e recomendações mais aprofundadas para profissionais de saúde. A seguir, encontra-se um resumo de cada um dos capítulos das SOC 8:

Capítulo 1 – Terminologia

Este novo capítulo estabelece o enquadramento para a linguagem usada nas SOC 8 e indica as recomendações, acordadas por consenso, para a utilização da terminologia. O capítulo fornece (1) termos e definições e (2) as boas práticas para a respetiva utilização. Este documento é acompanhado por um glossário (consultar o Anexo B) de termos frequentes e linguagem, de forma a proporcionar um enquadramento para a utilização e interpretação das SOC 8.

Capítulo 2 - Aplicabilidade Global

Este capítulo faz referência a literatura essencial, relacionada com o desenvolvimento e prestação de serviços de saúde, com uma defesa mais alargada dos direitos a cuidados de saúde para pessoas TGD, fora da Europa Ocidental e da América do Norte, e fornece recomendações para adaptar e traduzir as SOC 8 para diversas situações.

Capítulo 3 - Estimativas Populacionais

Este capítulo atualiza as estimativas populacionais das pessoas TGD na sociedade. Com base na evidência atual, essa proporção pode ir desde valores inferiores a um ponto percentual até vários pontos percentuais, dependendo dos critérios de inclusão, da faixa etária e da localização geográfica.

Capítulo 4 - Educação

Este novo capítulo fornece uma revisão geral da literatura relacionada com a educação em cuidados de saúde TGD. Oferece recomendações a nível governamental, não-governamental, institucional e individual, para pessoas prestadoras de cuidados de saúde, de modo a aumentar o acesso a cuidados de saúde qualificados e solidários. O objetivo é criar as bases na área da educação e estimular uma discussão muito mais alargada e aprofundada entre agentes educacionais e profissionais de saúde.

Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas

Este novo capítulo fornece orientações sobre a avaliação de pessoas adultas TGD, que procuram procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (PMCAGs). Descreve e atualiza o processo de avaliação, enquanto parte de uma abordagem centrada na pessoa, e os critérios que profissionais de saúde podem seguir, de modo a recomendar PMCAGs a pessoas adultas TGD.

Capítulo 6 - Adolescentes

Este novo capítulo é dedicado a adolescentes TGD, está separado do capítulo sobre crianças e foi criado para esta 8ª edição das Normas de Cuidados de Saúde, tendo em consideração (1) o crescimento exponencial das taxas de referenciação de adolescentes; (2) o aumento de estudos disponíveis, especificamente sobre cuidados de saúde, relacionados com diversidade de género, em adolescentes; e (3) as questões sobre desenvolvimento e cuidados de saúde de afirmação de género, exclusivas desta faixa etária. Este capítulo fornece

recomendações sobre o processo de avaliação de adolescentes, que necessitam de PMCAGs, bem como recomendações para trabalhar com jovens TGD e as suas famílias.

Capítulo 7 - Crianças

Este novo capítulo é dedicado a crianças pré-púberes de género diverso e foca-se nas práticas psicossociais e nas abordagens terapêuticas adequadas ao desenvolvimento.

Capítulo 8 - Pessoas Não Binárias

Este novo capítulo das SOC 8 consiste numa descrição abrangente do termo não binário e da sua utilização, a partir de uma perspetiva biopsicossocial, cultural e interseccional. É analisada a necessidade de acesso a cuidados de saúde de afirmação de género, as intervenções médicas de afirmação de género específicas, bem como o nível adequado de apoio.

Capítulo 9 - Eunucos

Este novo capítulo descreve as necessidades específicas de eunucos e o modo como as SOC podem ser aplicadas a esta população.

Capítulo 10 - Pessoas Intersexo

Este capítulo concentra-se nos cuidados clínicos a pessoas intersexo. Aborda a evolução da terminologia, a prevalência e as várias apresentações destas pessoas. Fornece ainda recomendações, para a prestação de cuidados psicossociais e médicos, e os respetivos fundamentos baseados na evidência.

Capítulo 11 - Pessoas Institucionalizadas

Este capítulo foi alargado, para incluir ambientes prisionais e não prisionais, e foi redigido com base nas 3 últimas versões das SOC. Este capítulo descreve o modo como as SOC 8 podem ser aplicadas a pessoas que vivem nesses ambientes.

Capítulo 12 - Terapia Hormonal

Este capítulo descreve a iniciação à terapia hormonal de afirmação de género, os esquemas recomendados e o rastreio de problemas de saúde, antes e durante a terapia hormonal. Faz também considerações específicas sobre a terapia hormonal prévia à cirurgia. Inclui uma discussão alargada sobre a segurança da utilização de agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) na juventude e sobre os diversos esquemas de terapia hormonal. Aborda a monitorização que permite detetar o aparecimento de possíveis problemas de saúde relacionados com a terapia. Por fim, fornece orientações sobre o modo como quem fornece hormonas deve colaborar com as pessoas cirurgiãs.

Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios

Este capítulo descreve uma gama de procedimentos cirúrgicos de afirmação de género, destinados à comunidade, diversificada e heterogénea, de pessoas que se identificam como TGD.

Proporciona uma discussão sobre a formação cirúrgica ideal, para quem realiza os procedimentos de Cirurgias de Afirmação de Género (CAG), sobre os cuidados e acompanhamento pós-cirúrgicos, o acesso a cirurgias por pessoas adultas e adolescentes e sobre cirurgias personalizadas.

Capítulo 14 - Voz e Comunicação

Este capítulo descreve o apoio e as intervenções profissionais ao nível da voz e da comunicação, que são inclusivas e têm em consideração todos os aspetos da diversidade, não se limitando apenas à feminização e masculinização da voz. Agora, as recomendações são enquadradas de modo a reforçar os papéis e as responsabilidades de quem presta apoio à voz e à comunicação.

Capítulo 15 - Cuidados Primários

Este capítulo discute a importância dos cuidados de saúde primários para pessoas TGD, incluindo pontos sobre saúde cardiovascular e metabólica, rastreio oncológico e sistemas de cuidados de saúde primários.

Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva

Este capítulo disponibiliza dados recentes sobre perspetivas de fertilidade e objetivos de parentalidade em jovens e pessoas adultas de género diverso, sobre avanços nos métodos de preservação da fertilidade (incluindo criopreservação de tecidos), orientações sobre cuidados pré-concepcionais e durante a gravidez, aconselhamento pré-natal e aleitamento. São, igualmente, analisados métodos e questões relativos à contraceção em pessoas TGD.

Capítulo 17 - Saúde Sexual

Este novo capítulo reconhece o enorme impacto da saúde sexual sobre o bem-estar físico e psicológico das pessoas TGD. O capítulo defende que o desempenho, o prazer e a satisfação sexuais devem ser incluídos nos cuidados de saúde das pessoas TGD.

Capítulo 18 - Saúde Mental

Este capítulo analisa princípios para os cuidados de saúde, relativos à gestão das questões de saúde mental, em pessoas adultas TGD, e à relação entre cuidados de saúde mental e cuidados de saúde na transição. A psicoterapia pode ser benéfica, mas não deve constituir um requisito para o processo de afirmação de género e nunca devem ser propostas terapias de conversão.

CAPÍTULO 1 Terminologia

Este capítulo estabelece o enquadramento para a linguagem usada nas SOC 8. Indica quais as recomendações para utilização da terminologia. O capítulo fornece (1) termos e definições e (2) as boas práticas para a respetiva utilização. Este documento é acompanhado por um glossário de termos frequentes e linguagem, para proporcionar um enquadramento para a utilização e a interpretação das SOC 8. Consulte o Anexo B para o glossário.

Terminologia

Neste documento, usamos a expressão transgénero e género diverso (TGD), para que a descrição de quem pertence às muitas e diversas comunidades, existentes a nível mundial, de pessoas com identidades ou expressões de género que diferem do género socialmente atribuído ou do sexo atribuído à nascença, seja a mais abrangente e alargada possível. Incluindo pessoas que têm experiências, identidades ou expressões específicas, a nível cultural e/ou linguístico, que podem ou não ser baseadas ou incluídas nos conceitos ocidentais de género ou pela linguagem que os descreve. O termo TGD é usado, por motivos de conveniência, como abreviatura para transgénero e género diverso.

A decisão de usar transgénero e género diverso resultou de um processo ativo que não foi isento de controvérsia. As discussões centraram-se em evitar uma ênfase excessiva no termo transgénero, integrando identidades e experiências de género não binárias, reconhecendo as variações, a nível mundial, quanto ao entendimento do que é género, evitando o termo desconformidade de género e reconhecendo a natureza mutável da linguagem, porque o que é atual agora poderá não o ser nos próximos anos.

Consequentemente, o termo transgénero e género diverso foi escolhido com o intuito de ser o mais inclusivo possível e de realçar a enorme diversidade de identidades, expressões e experiências de género e de necessidades de cuidados de saúde das pessoas TGD. Foi usado um Método Delphi, em que as pessoas autoras dos capítulos das SOC 8 foram inquiridas, de modo anónimo e iterativo, ao longo de várias rondas, até se obter um consenso sobre os termos. AS SOC 8 apresentam normas de cuidados de saúde que deverão ser aplicadas às pessoas TGD, a nível mundial, independentemente do modo como uma pessoa se autoidentifica ou expressa o seu género.

Contexto

A linguagem selecionada neste capítulo pode não ser (nem nunca poderia ser) suficientemente abrangente para incluir todas as culturas e regiões/locais geográficos. As diferenças e os debates sobre os termos adequados e as terminologias específicas são frequentes, e não há nenhum termo específico que possa ser usado sem controvérsia. O objetivo deste capítulo é ser o mais inclusivo possível e disponibilizar um vocabulário partilhado que respeite e reflita as diversas experiências das pessoas TGD e que, ao mesmo tempo, continue a ser acessível para profissionais de saúde, pessoas prestadoras de cuidados de saúde e, ainda, para o público em geral, para os fins a que se destina este documento. Por último, o acesso a cuidados de saúde relacionados com a transição deve basear-se na disponibilização de informações adequadas e na obtenção do consentimento informado da pessoa, e não nas palavras que as pessoas TGD, ou quem lhes presta serviços, utilizam para descrever as suas identidades. A utilização de linguagem e terminologia respeitadoras, e culturalmente adequadas, constitui um fundamento básico para a prestação de cuidados de saúde de afirmação de género, já que reduz o estigma e as ofensas

por que passam muitas pessoas TGD, quando procuram cuidados de saúde. É essencial que quem presta os serviços converse com as pessoas que os utilizam sobre qual a linguagem mais confortável para si, devendo utilizá-la que possível.

Este capítulo explica o motivo por que são usados os termos atuais em vez de outros. Em vez de usar termos específicos para grupos médicos, jurídicos e de defesa de direitos, o objetivo é promover conhecimentos e uma linguagem comum na área da saúde TGD na área da saúde TGD e nas muitas áreas relacionadas (por exemplo, epidemiologia, legislação), de modo a otimizar a saúde das pessoas transgênero e de gênero diverso.

Sexo, gênero, identidade de gênero e expressão de gênero são usados na língua inglesa como descritores que podem ser aplicados a todas as pessoas - as que são TGD e as que não são. Existem razões complexas para que uma linguagem muito específica possa ser a *mais* respeitadora, a *mais* inclusiva, ou a *mais* aceita pelas comunidades TGD, a nível mundial, incluindo a presença ou ausência de palavras para descrever esses conceitos em idiomas diferentes do inglês; a relação estrutural entre sexo e gênero; os enquadramentos jurídicos a nível local, nacional e internacional; e as consequências do estigma histórico e atual que as pessoas TGD enfrentam.

Dado que, atualmente, a área da saúde TGD é fortemente dominada pela língua inglesa, há dois problemas específicos que surgem constantemente na definição do contexto para a terminologia. O primeiro problema é que existem palavras em inglês que não existem noutras línguas (por exemplo, «sexo» e «gênero» são representados por uma única palavra em urdu e em muitas outras línguas). O segundo problema é que existem palavras fora do inglês que não têm uma tradução direta para o inglês (por exemplo, *travesti*, *fa'afafine*, *hijra*, *selrata*, *muxe*, *kathoey*, *transpinoy*, *waria*, *machi*). Na prática, isto significa que a forte influência que o inglês tem nesta área tem influência tanto nos termos que são mais amplamente utilizados, como nas pessoas ou identidades que são mais representadas ou validadas por esses termos. As palavras utilizadas também moldam as narrativas que contribuem para as crenças e percepções. Enquanto que nas versões anteriores das Normas de Cuidados de Saúde, a Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH) usou apenas o termo transgênero, como designação genérica, definida de forma abrangente, a versão 8 amplia essa linguagem, utilizando o termo TGD como designação abrangente ao longo de todo o documento (consulte o Capítulo 2 - Aplicabilidade Global).

Declarações de Recomendação

1.1 - Recomendamos que profissionais de saúde usem linguagem culturalmente relevante (incluindo termos para descrever pessoas transgênero e de gênero diverso) na aplicação das Normas de Cuidados de Saúde em diferentes contextos, a nível mundial.

1.2 - Recomendamos que profissionais de saúde, em contexto de prestação de cuidados de saúde, usem linguagem que assegure os princípios de segurança, dignidade e respeito.

1.3 - Recomendamos que profissionais de saúde conversem com as pessoas transgênero e de gênero diverso sobre qual a linguagem ou terminologia que preferem.

Adicionalmente, a evolução permanente da natureza da linguagem é influenciada por fatores externos e pelas pressões e violência sociais, estruturais e pessoais exercidas sobre as pessoas TGD e os seus corpos. Muitos dos termos e frases usados historicamente foram marcados pelo como, quando e porquê da sua utilização quando se discutia sobre pessoas TGD e, portanto, caíram em desuso ou são veementemente contestados entre as pessoas TGD, com algumas a preferirem termos que outras acham ofensivos. Há quem pretendesse que estas Normas de Cuidados de Saúde pudessem fornecer um conjunto coerente de termos, aceites universalmente, descrever pessoas e identidades TGD e os serviços de saúde relacionados. Contudo, uma lista dessas não existe, nem pode existir, sem excluir algumas pessoas e sem reforçar as opressões estruturais, relativamente a raça, nacionalidade, estatuto indígena, classe socioeconómica, religião, idioma(s) falado(s) e etnia, entre outras interseccionalidades. É muito provável que, pelo menos parte da terminologia usada nas SOC 8, esteja desatualizada no momento em que a versão 9 for concebida. Algumas pessoas ficarão frustradas com esta realidade, mas temos esperança de que, em vez disso, esse facto seja considerado como uma oportunidade para pessoas e comunidades desenvolverem e refinarem os seus próprios léxicos e também para que a sociedade adquira uma compreensão ainda mais diversificada das vidas e necessidades das pessoas TGD, incluindo a resiliência e resistência das pessoas TGD à opressão.

Finalmente, a legislação e o trabalho de profissionais da justiça estão dentro do âmbito destas Normas de Cuidados de Saúde. Como tal, a linguagem usada de forma mais ampla no direito internacional é aqui incluída, para apoiar a construção das definições funcionais desses termos e incentivar a sua utilização em contextos jurídicos, em vez de termos mais antiquados e/ou ofensivos. Atualmente, o

documento mais exaustivo no que toca ao direito internacional em matéria de direitos humanos usa o termo «género diverso».

Todas as declarações neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos riscos e benefícios, dos valores e das preferências das pessoas que prestam serviços e das que os recebem, bem como na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou que os serviços podem não ser acessíveis ou recomendáveis.

Declaração 1.1

Recomendamos que profissionais de saúde usem linguagem culturalmente relevante (incluindo termos para pessoas transgénero e de género diverso) na aplicação das Normas de Cuidados de Saúde em diferentes situações, a nível mundial.

A linguagem culturalmente relevante é usada para descrever pessoas TGD em diferentes contextos, a nível mundial. Por exemplo, os conceitos de sexo, género e diversidade de género diferem de contexto para contexto, bem como a linguagem usada para os descrever. Desse modo, a linguagem utilizada na prestação de cuidados de saúde a pessoas TGD na Tailândia não será a mesma que a usada para cuidados de saúde TGD na Nigéria. Ao aplicar as Normas de Cuidados de Saúde, a nível global, recomendamos que profissionais de saúde (Profissionais de saúde) utilizem a linguagem e os termos locais para prestar cuidados de saúde nesse contexto cultural e/ou geográfico específico.

A afirmação de género refere-se ao processo de reconhecer ou afirmar as pessoas TGD na sua identidade de género - quer seja a nível social, médico, legal, comportamental, ou nalguma combinação destas componentes (Reisner, Poteat et al., 2016). Os cuidados de saúde que promovem a afirmação de género ou que são adequados para pessoas trans, utilizam linguagem específica, a nível cultural, quando

prestados a pessoas TGD. Os cuidados de saúde de afirmação de gênero não são sinônimo de cuidados de saúde relacionados com a transição. A prestação de cuidados de saúde relacionados com a transição, tal como a afirmação de gênero clínica, através de hormonas ou cirurgia, não garante, por si só, a prestação de cuidados de saúde de afirmação de gênero, nem constitui um indicador da qualidade ou da segurança dos cuidados de saúde prestados.

O diálogo e as parcerias com comunidades TGD podem ajudar a garantir a relevância e a inclusividade da linguagem usada na prestação de cuidados de saúde, a nível local, num determinado contexto e ambiente.

Declaração 1.2

Recomendamos que profissionais de saúde, em contexto de prestação de cuidados de saúde, usem uma linguagem que assegure os princípios de segurança, dignidade e respeito.

A segurança, a dignidade e o respeito são direitos humanos básicos (International Commission of Jurists, 2007). Recomendamos que profissionais de saúde utilizem linguagem e terminologias que assegurem esses direitos humanos quando prestam cuidados de saúde a pessoas TGD. Muitas pessoas TGD são alvo de estigmatização, discriminação e maus-tratos, em locais de prestação de cuidados de saúde, o que tem como consequência uma prestação de cuidados de qualidade inferior à necessária e baixos níveis de saúde (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016). Essas situações incluem tratamento por gênero diferente do autodeterminado, recusa da prestação de cuidados de saúde ou denegação de serviços quando as pessoas estão doentes ou lesionadas e, ainda, ter de educar profissionais de saúde para poder receber os cuidados adequados (James et al., 2016). Consequentemente, muitas pessoas TGD sentem-se inseguras no acesso aos

cuidados de saúde. Podem evitar os sistemas de saúde e procurar outros meios para responder às suas necessidades de cuidados de saúde, tais como tomar hormonas sem prescrição nem monitorização médica ou confiar em pares para aconselhamento médico. Além disso, as experiências negativas anteriores, de que foram alvo em contexto de prestação de cuidados de saúde, estão associadas a que pessoas TGD evitem, no futuro, a prestação de cuidados de saúde.

Muitas pessoas TGD foram tratadas de forma injusta, com preconceito e sem qualquer dignidade ou respeito por parte de profissionais de saúde e é sabido que a falta de confiança constitui, frequentemente, uma barreira para o acesso aos cuidados de saúde. Usar uma linguagem alicerçada nos princípios da segurança, dignidade e respeito, em contexto de prestação de cuidados de saúde, é fundamental para garantir a saúde, o bem-estar e os direitos das pessoas TGD em todo o mundo. A linguagem é uma componente significativa dos cuidados de saúde de afirmação de gênero, mas, por si só, não soluciona nem mitiga o abuso sistemático e, por vezes, a violência, que, de um modo geral, as pessoas TGD enfrentam nestes contextos. A linguagem é apenas um passo importante em direção a cuidados de saúde equitativos e centrados na pessoa TGD. Outras medidas concretas que profissionais de saúde Profissionais de saúde podem tomar incluem obter o consentimento informado e abster-se de fazer suposições sobre as necessidades de uma pessoa, com base no seu gênero ou na circunstância de serem TGD.

Declaração 1.3

Recomendamos que profissionais de saúde conversem com as pessoas transgênero e de gênero diverso sobre qual a linguagem ou a terminologia que preferem.

Ao prestar cuidados de saúde a pessoas TGD, recomendamos que profissionais de saúde dialoguem com as pessoas ao seu cuidado

sobre qual a linguagem ou a terminologia que estas preferem que seja usada quando se referem asi. Isso inclui perguntar às pessoas TGD como é que gostariam de ser tratadas, em termos de nomes e pronomes, como é que se autoidentificam em termos de género e qual a linguagem que deve ser usada para descrever as diversas partes dos seus corpos. Utilizar linguagem ou terminologia afirmativas é uma componente essencial dos cuidados de saúde de afirmação de pessoas TGD (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). Além disso, estas conversas e diálogos podem servir para construir uma boa relação e reduzir a desconfiança que muitas pessoas TGD sentem relativamente a Profissionais de saúde e à experiência no âmbito dos sistemas de saúde. As conversas e a utilização de linguagem ou terminologia adequadas podem, igualmente, facilitar o envolvimento e a permanência nos cuidados de saúde que não sejam especificamente relacionados com pessoas TGD, tal como a realização de rastreios preventivos de rotina e qualquer acompanhamento médico necessário dos resultados. Nos processos clínicos eletrónicos, podem ser usados, de forma padronizada, inventários de órgãos/anatómicos para dar informações sobre os cuidados clínicos adequados, em vez de se basearem apenas sexo atribuído à nascença e/ou nas designações de identidade de género.

Tanto profissionais de saúde como entidades que prestam cuidados de saúde podem implementar procedimentos padronizados para facilitar essas conversas, tais como: usar formulários de admissão que incluam pronomes e nomes escolhidos, convidando todas as pessoas da equipa (independentemente do género, ou seja, cisgénero, TGD) a usar pronomes nas apresentações, a colocar os pronomes a acompanhar os nomes em todos os documentos fornecidos a utentes e a não utilizar títulos com género (por exemplo, Sr., Sra.). Devem ser implementadas políticas para Profissionais de saúde e para equipamentos onde sejam prestados cuidados de saúde, de modo a assegurar a privacidade e o direito à confidencialidade de uma pessoa TGD, incluindo quando revela ser uma pessoa TGD, e se ou como deve ser devidamente identificada. Por exemplo, a política de uma clínica pode ser registar essa informação como privada e confidencial entre profissionais de saúde e utentes/clientes e que apenas pode ser divulgada com base no princípio da «necessidade de conhecer».

Nota

1. A/73/152, Relatório de Especialista Independente sobre proteção contra violência e discriminação com base na orientação sexual e identidade de género.

CAPÍTULO 2 Aplicabilidade Global

As pessoas que desafiam as fronteiras culturais de sexo e género têm existido em diversas culturas em todo o mundo, desde a antiguidade, por vezes reconhecidas por termos da linguagem local (Feinberg, 1996). Contrariamente à mais recente patologização da diversidade de género como uma doença, em algumas culturas, a tradição era de celebrar e acolher essa diversidade (por exemplo, Nanda, 2014; Peletz, 2009). Atualmente, a designação abrangente, na língua inglesa, de transgénero e de género diverso (TGD), descreve uma enorme variedade de identidades e expressões de género e, portanto, uma população com diferentes experiências e necessidades, ao nível dos cuidados de saúde. No seu conjunto, as pessoas TGD representam aspetos importantes da diversidade humana, que a Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH) afirma deverem ser valorizados e celebrados. As pessoas TGD continuam a prestar contributos essenciais para as sociedades em que vivem, apesar de, frequentemente, esses contributos não serem reconhecidos. É inquietante e perturbador que muitas pessoas TGD, na sociedade moderna, sejam alvo de estigmatização, preconceito, discriminação, assédio, abuso e violência, que têm como consequência a marginalização social, económica e legal, baixos níveis de saúde mental e física e, até, a morte - um processo que foi caracterizado como a rampa deslizante do estigma/doença (Winter, Diamond et al. 2016). Experiências deste tipo (e a antecipação, ou o medo, de enfrentar experiências semelhantes) conduzem ao que Meyer descreveu como stress das minorias (Meyer, 2003; ver também Bockting et al., 2013, que escreve especificamente sobre pessoas TGD) e estão associadas a maus indicadores de saúde física (por exemplo, Rich et al. 2020) e psicológica (por exemplo, Bränström et al. 2022; Scandurra et al. 2017; Shipherd et al. 2019, Tan et al., 2021. A violência contra pessoas TGD é um problema específico. Observada a partir de uma perspetiva global, é generalizada, de natureza variada (emocional, sexual e física, por exemplo, ver

Mujugira et al., 2021) e envolve uma série de agressores (incluindo agentes do Estado). As estatísticas sobre homicídios, a forma de violência com consequências mais extremas, são alarmantes. A nível mundial, houve mais de 4.000 homicídios documentados, entre janeiro de 2008 e setembro de 2021; uma estatística globalmente considerada distorcida devido à subnotificação (TGEU, 2020).

Desde a publicação da Versão 7 das Normas de Cuidados de Saúde (SOC 7), que se verificaram alterações dramáticas nas perspetivas sobre pessoas TGD e os seus cuidados de saúde. A medicina dominante a nível mundial deixou de classificar as identidades TGD como uma perturbação mental. Na 5ª Versão do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2013), o diagnóstico de *Disforia de Género* concentra-se no sofrimento e desconforto que acompanham o facto de se ser TGD e não na própria identidade de género. Foi publicada uma revisão do texto (DSM-5-TR) em 2022. Na Classificação Internacional de Doenças, Versão 11 (CID-11), o manual de diagnóstico da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019b), o diagnóstico de *Incongruência de Género* é colocado num capítulo sobre saúde sexual. Este foca-se na identidade sentida pela pessoa e nas necessidades de terapias de afirmação de género que possam resultar dessa identidade. Estes desenvolvimentos, envolvendo uma despatologização (ou, mais precisamente, uma des(psico)patologização) das identidades transgénero, são extremamente importantes por diversos motivos. No campo dos cuidados de saúde, podem ter ajudado a defender um modelo de cuidados que enfatiza a participação ativa das pessoas na tomada de decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde, apoiadas por profissionais dos cuidados de saúde primários (Baleige et al., 2021). É razoável supor que esses desenvolvimentos também possam promover políticas socialmente mais inclusivas, tais como a reforma legislativa sobre o reconhecimento de género, que incentiva uma abordagem baseada em direitos, sem impor requisitos de diagnóstico,

de terapia hormonal e/ou de cirurgia. As pessoas TGD, que alteraram os marcadores de género em documentos essenciais, desfrutaram de melhor saúde mental (por exemplo, Bauer et al., [2015](#); Scheim et al., [2020](#)). Uma abordagem que se baseie mais em direitos, nesta área, pode contribuir, de forma muito significativa, para a saúde geral e para o bem-estar das pessoas TGD (Aristegui et al., [2017](#)).

As anteriores edições das SOC revelaram que grande parte da experiência clínica registada e do conhecimento nesta área provêm de fontes norte-americanas e da Europa Ocidental. Concentraram-se nos cuidados de saúde de afirmação de género, em países com elevado rendimento e que gozam de sistemas de saúde relativamente bem-dotados (incluindo os que dispõem de profissionais de saúde mental, de endocrinologia, de cirurgia e de outras especialidades, com formação adequada). Onde, além disso, os serviços são, frequentemente, financiados por dinheiros públicos ou (pelo menos para algumas pessoas) por seguros privados.

Em muitos países, a prestação de cuidados de saúde para pessoas TGD não passa de uma aspiração; com recursos limitados ou inexistentes nesta área e serviços, frequentemente, indisponíveis, inadequados, de difícil acesso e/ou financeiramente incomportáveis. Profissionais de saúde (de cuidados primários ou especialistas) inexistentes ou em número reduzido. O financiamento de cuidados de saúde de afirmação de género pode não existir, sendo, frequentemente, as próprias pessoas TGD quem suporta a totalidade dos custos de todos os cuidados de saúde a que acedem. Quem presta cuidados de saúde não possui, muitas vezes, competência clínica e/ou cultural nesta área. A formação para trabalhar com pessoas TGD pode ser reduzida (por exemplo, Martins et al., [2020](#)). Por todos estes motivos e porque a visão histórica da medicina «ocidental» dominante, que considera as pessoas TGD como tendo perturbações mentais (uma perspetiva que só recentemente foi alterada), as

pessoas TGD encontram-se, de um modo geral, destituídas de poder enquanto utilizadoras de serviços de cuidados de saúde.

Quem presta cuidados de saúde indicou que a literatura relevante é, maioritariamente, norte-americana e europeia, o que apresenta desafios específicos para as pessoas que trabalham em sistemas de saúde, com recursos particularmente escassos. As iniciativas recentes que, frequentemente, envolvem partes interessadas TGD como parceiras, estão de algum modo a alterar essa situação, fornecendo um conjunto de conhecimentos sobre boas práticas, noutras regiões, incluindo como prestar cuidados de saúde TGD, eficazes e culturalmente adequados, em países de baixo e médio rendimento, fora do hemisfério norte. Nos últimos anos, dentro desta área, tem vindo a ser desenvolvida uma vasta gama de recursos de saúde essenciais. Dahlen e colegas ([2021](#)) analisaram doze orientações internacionais sobre prática clínica; mais de metade provem de organismos profissionais localizados na América do Norte (por exemplo, Hembree et al. [2017](#)) ou na Europa (por exemplo, T'Sjoen et al. [2020](#)). Três são da OMS (sendo o mais recente da OMS, [2016](#)). Atualmente, existem inúmeros outros recursos, que não se encontram na lista de Dahlen e colegas, que se baseiam, explicitamente, em conhecimentos provenientes de regiões fora da América do Norte e da Europa. Podem ser encontrados exemplos na Ásia e no Pacífico (APTN, [2022](#); Health Policy Project et al., 2015), nas Caraíbas (PAHO, [2014](#)), na Tailândia, na Austrália (Telfer et al., [2020](#)), na Aotearoa / Nova Zelândia (Oliphant et al., [2018](#)) e na África do Sul (Tomson et al., [2021](#)) (consultar igualmente TRANSIT (UNDP et al., 2016)). Na sua maioria, estes recursos foram criados através de iniciativas das comunidades TGD, ou em parceria com estas, a nível local ou internacional. Esta abordagem, através de parcerias, direcionada para responder às necessidades locais, de formas culturalmente seguras e idóneas, pode, igualmente, ter uma relevância internacional alargada. Algumas dessas publicações podem ter um interesse especial para quem planeia, organiza e presta serviços em

países de baixo rendimento e baixos recursos. É provável que haja outros recursos publicados, em outros idiomas diferentes do inglês, de que não tenhamos conhecimento.

A nível mundial, as identidades TGD podem estar associadas a diferentes quadros conceptuais de sexo, género e sexualidade e existir em contextos, e com antecedentes, culturais (e, por vezes, espirituais) muito diversos. Considerando as complexas relações entre fatores sociais e culturais, a legislação e a oferta e procura de cuidados de saúde de afirmação de género, as SOC 8 devem ser interpretadas através de um prisma que seja adequado ao contexto da prática individual de cada profissional de saúde, desde que mantendo o alinhamento com os princípios nucleares aí destacados (APTN and PNUD, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

É no âmbito desse contexto, e de um modo fortemente alicerçado nas experiências de pessoas TGD e em quem lhes presta cuidados de saúde, a nível internacional, que consideramos a aplicabilidade global das SOC 8 neste capítulo. Definimos as considerações fundamentais a ter em conta por profissionais de saúde e concluímos recomendando princípios e práticas nucleares, fundamentais para os cuidados de saúde contemporâneos prestados a pessoas TGD, independentemente de onde vivem ou de existirem ou não recursos disponíveis para quem tenta prestar esses cuidados de saúde.

Declaração 2.1

Recomendamos que os sistemas de saúde disponibilizem os cuidados de saúde de afirmação de género, clinicamente necessários, para pessoas transgénero e de género diverso.

A necessidade clínica é um termo frequente na cobertura de cuidados de saúde e nas apólices de seguro, a nível global. Uma definição frequente de necessidade clínica, tal como utilizada por seguradoras ou companhias de seguros, é «Serviços de saúde que uma pessoa profissional de saúde e/ou médica, no exercício prudente do seu juízo clínico, prestaria a pacientes com o

objetivo de prevenir, avaliar, diagnosticar ou tratar uma doença, lesão, enfermidade ou os respetivos sintomas, e que: (a) estão de acordo com os padrões globalmente aceites de prática clínica; (b) são clinicamente adequados, em termos de tipo, frequência, extensão, local e duração, e considerados eficazes para a doença, lesão ou enfermidade da pessoa paciente; e (c) não são principalmente em função da conveniência da pessoa paciente, da pessoa médica ou de outra pessoa prestadora de cuidados de saúde, nem mais dispendiosos do que um serviço ou sequência de serviços alternativos com, pelo menos, a mesma probabilidade de originar resultados terapêuticos ou diagnósticos equivalentes, quanto ao diagnóstico ou tratamento da doença, lesão ou enfermidade dessa pessoa paciente». A necessidade clínica do tratamento proposto para determinada condição é atestada e documentada por profissional de saúde assistente (American Medical Association, 2016).

De um modo geral, «padrões aceites de prática clínica» significam padrões baseados na evidência científica credível, publicada em literatura médica revista por pares, globalmente reconhecida pela comunidade médica relevante, nas recomendações das Sociedades das Especialidades Médicas qualificadas e/ou das Ordens Médicas legítimas e nos pareceres de pessoas médicas e/ou profissionais de saúde que exercem em áreas clínicas relevantes.

A necessidade clínica é fundamental para o pagamento, subsidiação e/ou comparticipação de cuidados de saúde, nalgumas regiões do mundo. Determinado tratamento é considerado clinicamente necessário, para a prevenção ou tratamento de uma dada condição, se tal for atestado e documentado por profissional de saúde assistente. Caso as políticas e práticas de saúde contestem a necessidade clínica de um tratamento, pode haver a possibilidade de recorrer a uma agência governamental ou a outra entidade para uma análise médica independente.

Declarações de Recomendação

2.1 - Recomendamos que os sistemas de saúde disponibilizem os cuidados de saúde de afirmação de género clinicamente necessários para pessoas transgénero e de género diverso.

2.2- Recomendamos que profissionais de saúde e outras pessoas utilizadoras das Normas de Cuidados de Saúde, Versão 8 (SOC 8) apliquem as recomendações de modo a responder às necessidades das comunidades locais transgénero e de género diverso, prestando cuidados de saúde culturalmente adequados, que tenham em consideração as realidades dos países em que são prestados.

2.3 - Recomendamos que prestadores de cuidados de saúde tenham consciência do impacto das atitudes sociais, legislações, circunstâncias económicas e sistemas de saúde nas experiências vivenciadas por pessoas transgénero e de género diverso, em todo o mundo.

2.4 - Recomendamos que as traduções das SOC tenham em consideração a equivalência transcultural, conceptual e literal, para garantir o alinhamento com os princípios nucleares subjacentes às SOC 8.

2.5 - Recomendamos que profissionais de saúde e pessoas legisladoras apliquem sempre os princípios nucleares das SOC 8 ao seu trabalho com pessoas transgénero e de género diverso, para garantir o respeito pelos direitos humanos e o acesso a cuidados de saúde adequados e idóneos, incluindo:

Princípios gerais

- Promover a capacitação e a inclusão. Trabalhar para reduzir o estigma e facilitar o acesso a cuidados de saúde adequados para todas as pessoas que os procurem;
- respeitar a diversidade. Respeitar todas as pessoas e todas as identidades de género. Não patologizar as diferenças na identidade ou na expressão de género;
- respeitar os direitos humanos universais, incluindo o direito à integridade física e mental, à autonomia e à autodeterminação; direito à não discriminação e direito aos mais elevados padrões de saúde.

Princípios relativos ao desenvolvimento e implementação de serviços adequados e a cuidados de saúde acessíveis

- Envolver pessoas transgénero e de género diverso no desenvolvimento e implementação de serviços;
- Informar-se sobre fatores sociais, culturais, económicos e legais que possam influenciar a saúde (e as necessidades de cuidados de saúde) de pessoas transgénero e de género diverso, bem como da intenção e da capacidade da pessoa para aceder aos serviços;
- Prestar cuidados de saúde (ou referenciar para colegas especialistas) que afirmem as identidades e as expressões de género, incluindo cuidados de saúde que reduzam o sofrimento associado à disforia de género (quando presente);
- rejeitar abordagens que tenham como objetivo ou consequência a conversão e evitar fornecer qualquer apoio, direto ou indireto, a essas abordagens ou serviços.

Princípios relativos à prestação de serviços idóneos

- Informar-se (obter formação, sempre que possível) sobre as necessidades de cuidados de saúde de pessoas transgénero e de género diverso, incluindo os riscos e benefícios dos cuidados de saúde de afirmação de género;
- Adequar as abordagens terapêuticas às necessidades específicas das pessoas, especialmente aos respetivos objetivos quanto a identidade e expressão de género;
- concentrar-se na promoção da saúde e do bem-estar, em vez de apenas na redução da disforia de género, que pode ou não estar presente;
- Comprometer-se com abordagens de redução de danos, quando apropriado;
- permitir a participação plena, contínua e informada de pessoas transgénero e de género diverso nas decisões sobre a sua saúde e bem-estar;
- Melhorar as experiências dos serviços de saúde, incluindo as relacionadas com os sistemas administrativos e a continuidade dos cuidados de saúde.

Princípios relativos aos esforços para melhorar a saúde através de abordagens comunitárias mais amplas

- Colocar as pessoas em contacto com as comunidades e com as redes de apoio entre pares;
- apoiar e defender os direitos das pessoas no seio das respetivas famílias e comunidades (escolas, locais de trabalho e outros ambientes), quando apropriado.

Tem de ser reconhecido que a diversidade de género é comum a todos os seres humanos e não é patológica. No entanto, a incongruência de género, que causa sofrimento e debilidade, clinicamente significativos, exige, frequentemente, intervenções clinicamente necessárias. Em muitos países, os cuidados de saúde de afirmação de género, clinicamente necessários, são documentados, por

profissional de saúde assistente, como tratamento para a Incongruência de Género (HA60 na CID-11; OMS, [2019b](#)) e/ou como tratamento para a Disforia de Género (F64.0 no DSM-5-TR; APA, [2022](#)).

Há evidência robusta que demonstra os benefícios dos tratamentos de afirmação de género para a qualidade de vida e o bem-estar,

incluindo os procedimentos endócrinos e cirúrgicos, devidamente prescritos e realizados, tal como descrito nas Normas de Cuidados de Saúde (Versão 8), em pessoas TGD que necessitam desses tratamentos (por exemplo, Ainsworth & Spiegel, [2010](#); Aires et al., [2020](#); Aldridge et al., [2020](#); Almazan & Keuroghlian, [2021](#); Al-Tamimi et al., [2019](#); Balakrishnan et al., [2020](#); Baker et al., [2021](#); Buncamper et al., [2016](#); Cardoso da Silva et al., [2016](#); Eftekhar Ardebili, [2020](#); Javier et al., [2022](#); Lindqvist et al., [2017](#); Mullins et al., [2021](#); Nobili et al., [2018](#); Owen-Smith et al., [2018](#); Özkan et al., [2018](#); T'Sjoen et al., [2019](#); van de Grift, Elaut et al., [2018](#); White Hughto & Reisner, Poteat et al., [2016](#); Wierckx, van Caenegem et al., [2014](#); Yang, Zhao et al., [2016](#)). As intervenções de afirmação de género também podem incluir procedimentos de depilação/implante capilar, terapia/cirurgia de voz, aconselhamento e outros procedimentos médicos necessários para afirmar, de forma eficaz, a identidade de género de uma pessoa e reduzir a incongruência e a disforia de género. Adicionalmente, a alteração legal do nome e sexo ou género nos documentos de identificação, também pode ser benéfico e, em algumas jurisdições, depende de documentação médica, cuja emissão pode ser solicitada a profissionais de saúde. As intervenções de afirmação de género baseiam-se em décadas de experiência clínica e investigação; consequentemente, não são consideradas experimentais, nem estéticas, nem um mero capricho de uma pessoa. São seguras e eficazes na redução da incongruência e disforia de género (por exemplo, Aires et al., [2020](#); Aldridge et al., [2020](#); Al-Tamimi et al., [2019](#); Balakrishnan et al., [2020](#); Baker et al., [2021](#); Bertrand et al., [2017](#); Buncamper et al., [2016](#); Claes et al., [2018](#); Eftekhar Ardebili, [2020](#); Esmonde et al., [2019](#); Javier et al., [2022](#); Lindqvist et al., [2017](#); Lo Russo et al., [2017](#); Marinkovic & Newfield, [2017](#); Mullins et al., [2021](#); Nobili et al., [2018](#); Olson-Kennedy, Rosenthal et al., [2018](#); Özkan et al., [2018](#); Poudrier et al., [2019](#); T'Sjoen et al., [2019](#); van de Grift, Elaut et al., [2018](#); White Hughto & Reisner, Poteat et al., [2016](#); Wierckx, van Caenegem et al., [2014](#); Wolter et al., [2015](#);

Wolter et al., [2018](#)).

Consequentemente, a WPATH apela a que os sistemas de saúde prestem estes tratamentos clinicamente necessários e eliminem quaisquer exclusões dos seus documentos de políticas e orientações médicas, que impeçam a cobertura de quaisquer procedimentos ou terapias, clinicamente necessários para a saúde e o bem-estar de pessoas TGD. Por outras palavras, os governos devem garantir que os serviços de saúde para pessoas TGD são implementados, alargados ou melhorados (conforme adequado), enquanto parte integrante de quaisquer sistemas de cuidados de saúde universais, de saúde pública, subsidiados pelo governo ou de sistemas privados regulamentados pelo governo, que possam existir. Os sistemas de saúde devem assegurar cuidados de saúde contínuos, tanto de rotina como especializados, facilmente disponíveis e economicamente acessíveis, a todas as pessoas cidadãs, numa base equitativa.

As intervenções de afirmação de género, clinicamente necessárias, são analisadas nas SOC 8. Incluem, entre outras, histerectomia com ou sem salpingo-ooforectomia bilateral; mastectomia bilateral, reconstrução do peito ou mamoplastia de feminização, redimensionamento de mamilos ou colocação de próteses mamárias; reconstrução genital, por exemplo, faloplastia e metoidioplastia, escrotoplastia e próteses penianas e testiculares, penectomia, orquiectomia, vaginoplastia e vulvoplastia; depilação do rosto, corpo e áreas genitais, para afirmação de género ou como parte de um processo de preparação pré-operatória; cirurgia facial de afirmação de género e contorno corporal; terapia e/ou cirurgia da voz; bem como medicação bloqueadora da puberdade e hormonas de afirmação de género; aconselhamento ou psicoterapia, conforme adequado para a pessoa e com base numa análise das circunstâncias e necessidades individuais da pessoa.

Declaração 2.2

Recomendamos que profissionais de saúde e outras pessoas utilizadoras das Normas de Cuidados de Saúde, Versão 8 (SOC 8), apliquem as recomendações, de modo a responder às necessidades das comunidades transgénero e de género diverso locais, prestando cuidados de saúde culturalmente adequados, que tenham em consideração as realidades dos países em que são prestados.

As pessoas TGD identificam-se de formas muito diversas, consoante a região do mundo, e essas identidades existem no âmbito de um determinado contexto cultural. Nos países de língua inglesa, as pessoas TGD identificam-se como *transsexuais*, *trans*, *género não conforme*, *género queer ou diverso*, *não binárias*, ou mesmo *transgénero* e *género diverso*, bem como por outras identidades; incluindo (para muitas que se identificam dentro do género binário) *masculina* ou *feminina* (por exemplo, James et al., [2016](#); Strauss et al., [2017](#); Veale et al., [2019](#)).

Em outros locais, as identidades incluem, entre outras, *travesti* (em grande parte da América Latina), *hijra* (em grande parte da Ásia Meridional), *khwaja sira* (no Paquistão), *achout* (em Mianmar), *maknyah*, *pak-nyah* (na Malásia), *waria* (Indonésia) *kathoey*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Tailândia), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Filipinas), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Polinésia Francesa, Havai), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu e Kiribati), *vakasalewalewa* (Fiji), *palopa* (Papua Nova-Guiné), *brotherboys* e *sistergirls* (pessoas Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres, na Austrália) e *akava'ine* (Ilhas Cook) (por exemplo, APTN and UNDP, [2012](#); Health Policy Project et al., 2015; Kerry, [2014](#)). Há, igualmente, um grande número de identidades *two spirit* (*dois espíritos*) em toda a América do Norte (por exemplo, *nadleehi* na cultura Navajo (Diné)) (Sheppard & Mayo, [2013](#)). As identidades, a que cada um destes termos se refere, são, muitas vezes, culturalmente complexas e podem existir num contexto espiritual ou religioso. Dependendo das culturas e das identidades em causa,

algumas podem ser consideradas como os chamados «terceiros géneros», que estão para além do género binário (por exemplo, Graham, [2010](#); Nanda, [2014](#); Peletz, [2009](#)). Algumas identidades TGD estão implantadas de forma menos sólida do que outras. Em muitos locais, a nível mundial, a visibilidade de homens transgénero e de identidades não binárias transmasculinas é relativamente recente, com poucos ou nenhuns termos tradicionais aplicáveis, nos idiomas locais (Health Policy Project et al., 2015). Independentemente do local ou das pessoas com quem profissionais de saúde trabalham (incluindo quem trabalha com pessoas de minorias étnicas, migrantes e refugiadas), têm de conhecer o contexto cultural em que essas pessoas cresceram e vivem, bem como as consequências para os cuidados de saúde.

A nível mundial, a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos cuidados de saúde variam imenso, provocando desigualdades dentro de um determinado país e entre países (OECD, [2019](#)). Em alguns países, existem sistemas de saúde formais lado a lado com sistemas de saúde tradicionais e populares com grande implementação, com modelos autóctones de saúde, que sublinham a importância dos cuidados de saúde holísticos (WHO, [2019a](#)).

Profissionais de saúde devem conhecer as tradições e as realidades em que os cuidados de saúde estão disponíveis e proporcionar apoio que tenha em consideração as identidades e necessidades locais das pessoas TGD e prestar-lhes cuidados seguros e culturalmente idóneos.

Declaração 2.3

Recomendamos que prestadores de cuidados de saúde tenham consciência do impacto das atitudes sociais, legislações, circunstâncias económicas e sistemas de saúde nas experiências vivenciadas por pessoas transgénero e de género diverso, em todo o mundo.

As experiências vivenciadas pelas pessoas TGD variam muito, dependendo de uma série de fatores, incluindo sociais, culturais (incluindo espirituais), legais, económicos e geográficos. Quando as pessoas TGD vivem em ambientes que afirmam as suas identidades de género e/ou culturais, essas experiências podem ser muito positivas. As famílias são especialmente importantes neste aspeto (por exemplo, Pariseau et al., [2019](#); Yadegarfar et al., [2014](#); Zhou et al., [2021](#)). No entanto, quando observadas a partir de uma perspetiva global, as circunstâncias em que as pessoas TGD vivem constituem, muitas vezes, desafios. Geralmente, são-lhes negados direitos, que são amplamente aceites no direito internacional, em matéria de direitos humanos. Incluindo direito à educação, à saúde e proteção contra abusos médicos, direito ao trabalho e a um nível de vida condigno, direito à habitação, à liberdade de circulação e de expressão, à privacidade, à segurança, à vida, à família, à proteção contra a privação arbitrária da liberdade, a julgamentos justos, direito a serem tratadas com humanidade, quando se encontram detidas, proteção contra a tortura e contra tratamento desumano ou degradante ou repressão (International Commission of Jurists, [2007](#), [2017](#)). É globalmente aceite que a denegação de direitos pode afetar a saúde e o bem-estar das minorias sexuais e de género (por exemplo, OHCHR et al., [2016](#); WHO, [2015](#)). Consequentemente, voltamos a reafirmar a importância dos direitos listados acima para pessoas TGD e realçar a defesa dos direitos adquiridos por parte da WPATH, incluindo através de inúmeros documentos de políticas (por exemplo, WPATH, [2016](#), [2017](#), [2019](#)). Profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante na defesa dos direitos, incluindo o direito a cuidados de saúde de afirmação de género de qualidade, que sejam adequados, acessíveis e disponíveis.

A nível mundial, há um grande número de estudos que detalham os desafios que as pessoas TGD enfrentam nas suas vidas e o impacto que têm sobre a sua saúde e bem-estar (por exemplo, Aurat Foundation, [2016](#); Bhattacharya & Ghosh,

[2020](#); Chumakov et al., [2021](#); Coleman et al., [2018](#); Heylens, Elaut et al., [2014](#); Human Rights Watch, [2014](#); James et al., [2016](#); Lee, Operario et al., [2020](#); Luz et al., [2022](#); McNeil et al., [2012](#), [2013](#); Motmans et al., [2017](#); Muller et al., [2019](#); Scandurra et al., [2017](#); Strauss et al., [2019](#); Suen et al., [2017](#); Valashany & Janghorbani, [2019](#); Veale et al., [2019](#); Wu et al., [2017](#)). A investigação mostra que as pessoas TGD são, frequentemente, alvo de estigmatização e preconceito, bem como de discriminação e assédio, abuso e violência, ou que vivem com ansiedade e medo desses atos. Os valores e as atitudes sociais hostis às pessoas TGD, muitas vezes transmitidos a jovens através dos currículos escolares (por exemplo, Olivier & Thurasukam, [2018](#)), também se manifestam na rejeição familiar (por exemplo, Yadegarfar et al., [2014](#)), e são perpetuados pela legislação, por políticas e práticas que limitam a liberdade de expressar a identidade de género e a sexualidade de cada pessoa e dificultam o acesso à habitação, a espaços públicos, à educação, ao emprego e a serviços (incluindo cuidados de saúde). Consequentemente, as pessoas TGD ficam, de um modo geral, privadas de uma vasta gama de oportunidades, que estão disponíveis para as suas homólogas cisgénero, e são empurradas para as margens da sociedade, sem apoio familiar. Para agravar ainda mais a situação, em grande parte do mundo, o acesso das pessoas TGD ao reconhecimento legal do género é limitado ou inexistente (por exemplo, ILGA World, [2020a](#); TGEU, [2021](#); UNDP e APTN, [2017](#)). Em alguns países, atualmente, essas barreiras contam com o apoio de «pessoas que teorizam contra o género» (tal como criticado por, por exemplo, Madrigal-Borloz, [2021](#); Zanghellini, [2020](#)).

Os esforços para reversão da identidade de género (programas de conversão ou reparação do género, que se destinam a tornar a pessoa cisgénero) são generalizados, provocam danos às pessoas TGD (por exemplo, APTN, [2020a](#), [2020b](#), [2020c](#), [2021](#); Bishop, [2019](#); GIRES et al., [2020](#); Turban, Beckwith et al., [2020](#)) e (tal como os esforços direcionados à orientação sexual) são considerados antiéticos (por exemplo., APS,

[2021](#); Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, [2019](#), [2021](#)). Esses esforços podem ser considerados como uma forma de violência. O perito independente das Nações Unidas, sobre proteção contra a violência e a discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de gênero, apelou a uma proibição global dessas práticas (Madrigal-Borloz, [2020](#)). Há cada vez mais jurisdições a proibir esse tipo de ações (ILGA World, [2020b](#)).

As desigualdades decorrem de uma série de fatores, incluindo aspetos e valores económicos subjacentes à disponibilização de sistemas de cuidados de saúde, especialmente no que diz respeito à ênfase colocada no financiamento público, privado e no autofinanciamento dos cuidados de saúde. A falta de acesso a cuidados de saúde adequados e acessíveis pode levar a uma maior dependência de sistemas de conhecimento informais. Incluindo informações sobre a autoadministração de hormonas que, em muitos casos, é realizada sem a necessária supervisão e monitorização médicas (por exemplo, Do et al., [2018](#); Liu et al., [2020](#); Rashid et al., [2022](#); Reisner et al., [2021](#); Winter & Doussantousse, [2009](#)).

Em algumas partes do mundo, um grande número de mulheres transgénero injeta silicone como forma de modificar os seus corpos, recorrendo aos serviços de «*bombadeiras*» de silicone e/ou participando em «festas» para *bombar*, muitas vezes dentro das próprias comunidades. Os resultados imediatos de *bombar* silicone contrastam com os elevados riscos para a saúde *a posteriori* (por exemplo, Aguayo-Romero et al., [2015](#); Bertin et al., [2019](#); Regmi et al., [2021](#)), especialmente quando é utilizado silicone industrial ou outras substâncias injetáveis e quando a remoção cirúrgica pode ser difícil. Finalmente, os resultados da saúde sexual de pessoas TGD são maus. A prevalência de VIH em mulheres transgénero, que notificam organizações clínicas, em áreas metropolitanas, é de aproximadamente 19%, a nível mundial, o que é 49 vezes superior à taxa de prevalência basal da população em geral

(Baral et al., [2013](#)).

Os resultados de saúde sexual para homens transgénero também são problemáticos (por exemplo, Mujugira et al., [2021](#)).

Declaração 2.4

Recomendamos que as traduções das SOC tenham em consideração a equivalência transcultural, conceptual e literal, para garantir o alinhamento com os princípios nucleares subjacentes às SOC 8.

Grande parte da literatura de investigação sobre pessoas TGD é produzida em países com elevado rendimento per capita e de língua inglesa. As perspetivas do hemisfério norte sobre pessoas TGD (incluindo as relacionadas com as necessidades e a prestação de cuidados de saúde) dominam essa literatura. Uma pesquisa na base de dados Scopus, realizada em maio de 2021, por quem redigiu este texto, mostrou que 99% da literatura sobre cuidados de saúde transgénero provém da Europa, da América do Norte, da Austrália ou da Nova Zelândia. De um modo geral, 96% da literatura é em língua inglesa. As pessoas TGD do Hemisfério Sul têm recebido relativamente pouca atenção na literatura de língua inglesa e, frequentemente, o trabalho de profissionais de saúde, que com elas interagem, não tem sido reconhecido, nem publicado, ou não foi traduzido para inglês. A aplicação de recursos produzidos no hemisfério norte corre o risco de negligenciar a relevância e as subtilidades do conhecimento local, dos enquadramentos e práticas culturais e de perder a oportunidade de aprender com o trabalho de outras pessoas. Quando os princípios definidos nas SOC forem traduzidos, recomendamos que sejam seguidas as diretrizes de boas práticas para tradução da linguagem, de modo a assegurar que os recursos são redigidos com elevada alta qualidade e que são cultural e linguisticamente adequados ao contexto local. É importante que quem traduz tenha conhecimentos sobre identidades e culturas TGD, para verificar se as traduções literais são culturalmente idóneas e seguras para as pessoas TGD locais. É igualmente importante

que a tradução cumpra processos estabelecidos de garantia de qualidade (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

Declaração 2.5

Recomendamos que profissionais de saúde e pessoas legisladoras apliquem sempre os princípios nucleares das SOC 8 ao seu trabalho com pessoas transgénero e de género diverso, para garantir o respeito pelos direitos humanos e o acesso a cuidados de saúde adequados e idóneos, incluindo:

Princípios gerais

- Promover a capacitação e a inclusão. Trabalhar para reduzir o estigma e facilitar o acesso a cuidados de saúde adequados para todas as pessoas que os procurem;
- Respeitar a diversidade. Respeitar todas as pessoas e todas as identidades de género. Não patologizar as diferenças nas identidades ou expressões de género;
- Respeitar os direitos humanos universais, incluindo o direito à integridade física e mental, à autonomia e à autodeterminação; o direito à não discriminação e o direito aos mais elevados padrões de saúde.

Princípios relativos ao desenvolvimento e implementação de serviços adequados e a cuidados de saúde acessíveis

- Envolver pessoas TGD no desenvolvimento e implementação de serviços;
- Informar-se sobre fatores sociais, culturais, económicos e legais que possam influenciar a saúde (e as necessidades de cuidados de saúde) de pessoas transgénero e de género diverso, bem como da intenção e da capacidade da pessoa para aceder aos serviços;
- Prestar cuidados de saúde (ou referenciar para colegas especialistas) que afirmem as identidades e as expressões de género,

incluindo cuidados de saúde que reduzam o sofrimento associado à disforia de género (quando presente);

- Rejeitar abordagens que tenham como objetivo ou consequência a conversão e evitar fornecer qualquer apoio, direto ou indireto, a essas abordagens ou serviços.

Princípios relativos à prestação de serviços idóneos

- Informar-se (obter formação, sempre que possível) sobre as necessidades de cuidados de saúde de pessoas transgénero e de género diverso, incluindo os riscos e benefícios dos cuidados de saúde de afirmação de género;
- Adequar as abordagens terapêuticas às necessidades específicas das pessoas, especialmente aos respetivos objetivos quanto a identidade e expressão de género;
- Concentrar-se na promoção da saúde e do bem-estar, em vez de apenas na redução da disforia de género, que pode ou não estar presente;
- Comprometer-se com abordagens de redução de danos, quando apropriado;
- Permitir a participação plena, contínua e informada de pessoas transgénero e de género diverso nas decisões sobre a sua saúde e bem-estar;
- Melhorar as experiências dos serviços de saúde, incluindo as relacionadas com os sistemas administrativos e a continuidade dos cuidados de saúde.

Princípios relativos aos esforços para melhorar a saúde através de abordagens comunitárias mais amplas

- Colocar as pessoas em contacto com as comunidades e com as redes de apoio entre pares;
- Apoiar e defender os direitos das pessoas no seio das respetivas famílias e comunidades (escolas, locais de trabalho e outros ambientes), quando apropriado.

Já citámos estudos que detalham a vasta gama de desafios que as pessoas TGD podem enfrentar; obstáculos sociais, económicos e legais, bem como os relacionados com o acesso aos cuidados de saúde. Embora, de um modo geral, os serviços de saúde sejam distintos nas várias regiões do mundo (em termos de disponibilidade, acessibilidade e qualidade), os serviços disponíveis para pessoas TGD são geralmente desadequados. Inúmeros relatórios de várias regiões do globo mostram que, embora algumas pessoas TGD possam relatar experiências positivas sobre cuidados de saúde, muitas outras não o fazem (por exemplo, Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; PAHO, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017). As principais opções de cuidados de saúde muitas vezes não respondem às suas necessidades de cuidados de saúde gerais, sexuais ou de afirmação de género. Muitas vezes, os procedimentos padronizados de cuidados de saúde, prestados em clínicas e hospitais, não reconhecem as identidades de género das pessoas TGD que deles necessitam (incluindo quando estas pessoas se identificam fora do padrão binário). As pessoas podem ser internadas em enfermarias inadequadas em termos de género, colocando-as em risco de assédio sexual. As pessoas TGD deparam-se muitas vezes com atitudes pouco solidárias ou hostis por parte de profissionais de saúde e pessoal auxiliar e, por vezes, até lhes são recusados serviços. Um motivo de grande preocupação é o facto de profissionais de saúde, em algumas partes do mundo, se envolverem em movimentos de conversão da identidade de género, do tipo descrito anteriormente neste capítulo.

Por todo o mundo, existem muitas outras barreiras à prestação de cuidados de saúde de afirmação de género. Profissionais de saúde podem, frequentemente, recusar-se a prestar os serviços que as pessoas TGD procuram. Em

alguns países, podem, inclusivamente, haver leis ou regulamentos que inibem ou impedem profissionais de saúde de o fazer. Quando especialistas de Medicina Geral e Familiar, ou outras pessoas prestadoras de cuidados de saúde, não têm acesso a orientações claras, no seu idioma, podem ser dissuadidas de prestar os serviços. Mesmo nas situações em que os cuidados de saúde estão disponíveis, as pessoas que deles necessitam podem sentir que o acesso é difícil, devido à distância, a práticas de obstrução, a problemas de oferta e procura, que têm como consequência longas listas de espera ou aumento dos custos. De facto, os procedimentos de afirmação de género podem não estar incluídos em sistemas de cuidados de saúde universais, nem ser abrangidos por seguros privados, apesar de procedimentos semelhantes poderem estar cobertos para pessoas cisgénero.

Por todas estas razões, muitas pessoas TGD evitam os serviços formais de saúde, sempre que podem. Geralmente, são as suas próprias comunidades que preenchem esse vazio, atuando como recursos importantes para quem delas faz parte. Disponibilizam apoio social e emocional, muitas vezes num ambiente que, de outra forma, seria hostil. Além disso, muitas vezes atuam como depósito de informações partilhadas, sobre as opções de cuidados de saúde disponíveis, incluindo opções de cuidados de saúde paralelos e informais fora da (e mais acessíveis e baratos do que a) medicina convencional. Tal como vimos anteriormente neste capítulo, isso inclui, frequentemente, a partilha de informação sobre silicone e outras substâncias injetáveis para transformação corporal e sobre hormonas, que são autoadministradas, sem a monitorização e supervisão médica necessárias. A OMS indica que pessoas TGD que autoadministram hormonas de afirmação de género beneficiariam do acesso a informações baseadas na evidência, a produtos de qualidade e a equipamentos de injeção estéreis (WHO, 2021). O acesso a essas informações pode fazer parte de uma

abordagem mais ampla de redução de danos (por exemplo, Idrus & Hyman, 2014).

Colocar em prática os importantes princípios nucleares descritos acima pode melhorar as experiências com cuidados de saúde e promover o respeito pelas pessoas TGD, em

todos os contextos locais. Isso pode ocorrer independentemente das realidades de um determinado sistema de saúde (incluindo o contexto cultural, social, jurídico e económico em que os cuidados de saúde são prestados), do nível de oferta disponível ou das pessoas TGD que procuram esses serviços.

CAPÍTULO 3 Estimativas Populacionais

Na edição anterior das Normas de Cuidados de Saúde, Versão 7, a Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH) identificou apenas um pequeno número de artigos, que tentavam estimar a dimensão da população transgénero e de género diverso (TGD), e caracterizou o estado atual da ciência como «um ponto de partida», que requer estudos sistemáticos adicionais (Coleman et al., 2012). Desde então, a literatura sobre este tema cresceu consideravelmente, tal como se pode verificar por diversas revisões recentes, que tentaram sintetizar a evidência disponível (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

Na análise de dados epidemiológicos relativos à população TGD, é aconselhável evitar os termos «incidência» e «prevalência». Evitar estes e outros termos semelhantes pode impedir a patologização errónea de pessoas TGD (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Adicionalmente, o termo «incidência» pode não ser aplicável nesta situação, dado assumir que a condição TGD possui um momento de aparecimento facilmente identificável, um pré-requisito para calcular estimativas de incidência (Celentano & Szklo, 2019). Por todos os motivos anteriores, recomendamos a utilização dos termos «número» e «percentagem» para representar a dimensão absoluta e relativa da população TGD.

Provavelmente, o aspeto mais importante a ter em consideração, na revisão desta literatura, seja a grande variabilidade das definições aplicadas à população TGD (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). Nos estudos clínicos, os dados sobre pessoas TGD restringem-se, habitualmente, a pessoas que receberam diagnósticos ou aconselhamento relacionados com o facto de serem transgénero, ou às que solicitaram, ou foram submetidas, a terapias de afirmação de género, enquanto a investigação baseada em inquéritos se

alicerça, habitualmente, numa definição mais alargada e inclusiva, baseada nas identidades de género autorreferidas. Outra consideração metodológica, a ter em consideração na avaliação da dimensão e distribuição da população TGD, é a necessidade de compreender o que é que constitui a base de amostragem. Tal como referido em revisões recentes (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), muitos dos estudos publicados, especialmente os realizados há mais de uma década, avaliavam, primeiro, o número de pessoas atendidas, num determinado centro clínico, e, depois, dividiam esse número por uma dimensão aproximada da população. É pouco provável que esse método produzisse uma estimativa precisa, dado que o numerador nos cálculos não está, obrigatoriamente, incluído no denominador e a dimensão real do denominador permanece, frequentemente, desconhecida. Tendo estes aspetos em consideração, é aconselhável focarmo-nos especificamente em estudos recentes (publicados durante a última década), revistos por pares, que tenham utilizado uma metodologia robusta, para a identificação de pessoas TGD, no âmbito de uma base de amostragem bem definida. Por todas as razões anteriores, este capítulo debruça-se sobre estudos que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: 1) publicados em 2009 ou posteriormente; 2) usaram uma definição clara da condição TGD; 3) as percentagens de pessoas TGD foram calculadas com base num denominador populacional bem definido; e 4) foram revistos por pares. Este tipo de estudos pode fornecer estimativas contemporâneas mais precisas. Os estudos disponíveis podem ser divididos em três grupos 1) os que indicaram percentagens de pessoas TGD, entre pessoas inscritas em sistemas de saúde de grande dimensão; 2) os que apresentaram resultados a partir de inquéritos populacionais, com participantes predominantemente em idade adulta; e 3) os que se basearam em inquéritos a jovens, realizados em escolas. Destas três categorias,

os estudos mais informativos e metodologicamente mais robustos são resumidos a seguir. Pormenores adicionais sobre estes e outros estudos semelhantes podem ser encontrados em revisões recentes da literatura (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Todos os estudos, que estimaram a dimensão da população TGD, inscrita em grandes sistemas de saúde, foram realizados nos EUA e todos se basearam em informações obtidas a partir de processos clínicos eletrônicos. Quatro desses estudos, baseados em sistemas de saúde, fundamentaram-se exclusivamente em códigos de diagnóstico para determinar a população TGD; dois estudos (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) usaram dados do sistema de *Veterans Health Affairs*, que presta cuidados de saúde a mais de 9 milhões de pessoas, e dois estudos (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) usaram dados de pedidos de prestação de cuidados de saúde do *Medicare*, o programa federal de seguros de saúde, que cobre, principalmente, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. A percentagem de pessoas TGD, incluída nesses estudos, baseados em códigos de diagnóstico, variou entre 0,02% e 0,03%, aproximadamente. Uma outra publicação mais recente, também usou dados do *Medicare*, juntamente com pedidos de cuidados de saúde, ao abrigo de seguros comerciais, para identificar pessoas TGD, tendo aplicado critérios de inclusão alargados, para complementar os códigos de diagnóstico, com informações sobre procedimentos e terapia hormonal (Jasuja et al., 2020). Usando esta metodologia, a percentagem de pessoas TGD, entre todas as pessoas inscritas nos planos de saúde incluídos, foi de 0,03%. O sexto estudo baseado em sistemas de saúde (Quinn et al., 2017) foi realizado com os planos da *Kaiser Permanente*, nos estados da Geórgia e da Califórnia; estes planos proporcionam cuidados de saúde a aproximadamente 8 milhões de pessoas, inscritas através das entidades empregadoras, de programas

governamentais ou individualmente. A população TGD, no estudo da *Kaiser Permanente*, foi determinada para todas as faixas etárias, usando tanto códigos de diagnóstico como notas clínicas de texto livre. As percentagens de pessoas TGD identificadas no estudo da *Kaiser Permanente* foram superiores às percentagens correspondentes notificadas nos estudos do *Veterans Health Affairs* e do *Medicare*, variando as estimativas mais recentes entre 0,04 a 0,08%.

Contrariamente aos resultados dos estudos baseados em sistemas de saúde, os resultados de inquéritos, que se basearam na condição TGD autorreferida, deram origem a estimativas muito superiores. Dois estudos nos EUA aproveitaram o *Behavioral Risk Factor Surveillance Study* (Estudo de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais) (BRFSS), que é um inquérito telefónico anual, realizado em todos os 50 estados e territórios dos EUA (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). O primeiro estudo usou dados dos ciclos BRFSS 2007–2009, no estado do Massachusetts, e o segundo estudo usou os dados BRFSS de 2014, de 19 estados e do território de Guam. Ambos os estudos relataram que aproximadamente 0,5% das pessoas participantes adultas (mínimo de 18 anos de idade) responderam «Sim» à pergunta «*Considera-se transgénero?*»

Um inquérito realizado pela Internet, aplicado a uma amostra da população holandesa, com idades entre 15 e 70 anos (Kuyper & Wijzen, 2014), pediu às pessoas participantes que classificassem as duas perguntas seguintes, usando uma escala Likert de 5 pontos: «*Poderia indicar em que medida se sente psicologicamente como um homem?*» e «*Poderia indicar em que medida se sente psicologicamente como uma mulher?*» As pessoas inquiridas foram consideradas de «género ambivalente» se tivessem atribuído a mesma classificação a ambas as declarações e de «género incongruente» se tivessem indicado uma pontuação inferior para o sexo atribuído à nascença do que para a sua identidade de

género. As percentagens de participantes, que indicaram identidade de género ambivalente e incongruente, foram de 1,1% e 4,6%, respetivamente, para pessoas a quem tinha sido atribuído sexo masculino à nascença (ASMAN), e de 0,8% e 3,2%, respetivamente, para as pessoas a quem tinha sido atribuído sexo feminino à nascença (ASFAN).

Um estudo, com protocolo semelhante, estimou a percentagem de residentes TGD, na região da Flandres, na Bélgica, usando uma amostra extraída do Registo Nacional do país (Van Caenegem, Wierckx et al.,2015). Às pessoas participantes era pedido para classificar as seguintes afirmações: «*Sinto-me como uma mulher*» e «*Sinto-me como um homem*», numa escala Likert de 5 pontos. Usando as mesmas definições, aplicadas no estudo holandês (Kuyper & Wijsen,2014), a percentagem de pessoas com género incongruente foi de 0,7%, para pessoas ASMAN, e 0,6%, para pessoas ASFAN. As estimativas correspondentes para género ambivalente, entre pessoas ASMAN e ASFAN, foram de 2,2% e 1,9%, respetivamente.

Um estudo mais recente, de base populacional, avaliou a percentagem de pessoas TGD, entre cerca de 50.000 residentes, com idade adulta, do Condado de Estocolmo, Suécia (Åhs et al., 2018). O numerador foi determinado, colocando a seguinte questão às pessoas participantes: «*Eu gostaria de receber hormonas ou de realizar cirurgias para me parecer mais com alguém com um sexo diferente*». Foram idealizadas duas afirmações adicionais, para identificar pessoas com incongruência de género: «*Sinto-me como alguém com um sexo diferente*» e «*Gostaria de viver ou que me tratassem como alguém com um sexo diferente*». A necessidade de terapia hormonal, ou de cirurgia de afirmação de género, foi relatada por 0,5% das pessoas participantes. As pessoas que disseram sentir-se como alguém de um sexo diferente e as que queriam viver, ou ser tratadas, como uma pessoa de outro

sexo representaram 2,3% e 2,8% da amostra total, respetivamente.

Os dados baseados em populações, fora da América do Norte e da Europa Ocidental, são menos frequentes. Um estudo recente disponibiliza dados valiosos, a partir de um inquérito representativo, de grande escala, com 6.000 pessoas adultas, no Brasil (Spizzirri et al.,2021). A identidade de género das pessoas participantes foi avaliada com base nas três perguntas seguintes 1) «*Qual das seguintes opções descreve melhor o modo como se sente atualmente?*» (Opções: Sinto que sou um homem, sinto que sou uma mulher e sinto que não sou nem homem nem mulher); 2) «*Qual é o sexo indicado na sua certidão de nascimento?*» (Opções: masculino, feminino e indeterminado) e 3) «*Com qual destas situações se identifica mais?*» (Opções: Nasci com sexo masculino, mas senti-me do sexo feminino desde a infância; Nasci com sexo feminino, mas senti-me do sexo masculino desde a infância; Nasci com sexo masculino e sinto-me confortável com o meu corpo; Nasci com sexo feminino e sinto-me confortável com o meu corpo). Com base nas respostas a estas três perguntas, os autores determinaram que 1,9% das pessoas inquiridas eram TGD (0,7% definidas como transgénero e 1,2% definidas como não binárias).

A literatura sobre as percentagens populacionais de jovens TGD (pessoas com menos de 19 anos de idade) inclui vários estudos realizados através de inquéritos nas escolas. Um inquérito nacional transversal realizado em 2012, na Nova Zelândia, recolheu informações sobre identidade TGD, entre estudantes do ensino secundário (Clark et al., 2014). De entre mais de 8.000 participantes no inquérito, 1,2% autoidentificaram-se como TGD e 2,5% relataram não ter certezas. Outro estudo, com crianças em idade escolar, foi baseado num inquérito de 2016, com estudantes do 9º e do 11º ano (idades entre 14–18 anos), no estado americano do Minnesota (Eisenberg et al.,2017). Das quase 81.000

peças inquiridas, 2,7% relataram ser TGD. Um estudo mais recente (Johns et al.,2019) apresentou resultados do Inquérito de Comportamentos de Risco em Jovens [*Youth Risk Behavior Survey* (YRBS)], que é realizado de 2 em 2 anos, com amostras locais, estaduais e nacionais, representativas de estudantes do ensino secundário dos EUA, entre o 9º e o 12º ano (faixa etária aproximada 13–19 anos). O ciclo de 2017 do YRBS 2017 foi realizado em 10 estados e em 9 grandes áreas urbanas e incluiu a seguinte sequência: «*Algumas pessoas descrevem-se a si próprias como transgénero quando o sexo atribuído à nascença não corresponde à forma como pensam ou sentem o seu género. É uma pessoa transgénero?*» De entre quase 120.000 participantes nos 19 locais, 1,8% responderam «*Sim, sou uma pessoa transgénero,*» e 1,6% responderam «*Não tenho certeza se sou uma pessoa transgénero.*»

Outro estudo escolar, recentemente publicado nos EUA, apresentou os resultados de um inquérito de 2015, realizado na Flórida e na Califórnia, com o objetivo de identificar crianças e adolescentes de género diverso, numa amostra um pouco superior a 6.000 estudantes, do 9º ao 12º ano (Lowry et al.,2018). A expressão «*Elevada desconformidade de género*» foi usada para definir crianças ASMAN, que relataram ser muito, maioritariamente ou algo femininas, ou crianças ASFAN, que relataram ser muito, maioritariamente ou algo masculinas. Com base nestas definições, as percentagens de participantes TGD notificadas foram de 13%, entre estudantes ASMAN, de 4%, entre estudantes ASFAN, e de 8,4%, no geral.

Apenas um estudo analisou a percentagem de crianças que se autoidentificavam como TGD, numa faixa etária mais jovem. Shields e colegas analisaram os dados de um inquérito de 2011, com 2.700 estudantes do 6º ao 8º ano (faixa etária 11–13 anos), em 22 escolas públicas do 2º e 3º ciclos, de São Francisco (Shields et al.,2013). Trinta e três crianças autoidentificaram-se como TGD, com base na

pergunta «*Qual o teu género?*», em que as respostas possíveis eram «*feminino, masculino ou transgénero*». A percentagem final de pessoas inquiridas transgénero foi de 1,3%. No entanto, esta definição excluiria as pessoas TGD que se identificam como não binárias e as que não se identificam explicitamente como transgénero.

Analisados em conjunto, estes dados indicam que, de entre os estudos baseados em sistemas de saúde, apoiados em códigos de diagnóstico, ou noutra evidência documentada nos processos clínicos (Blosnich et al.,2013; Dragon et al.,2017; Ewald et al.,2019; Kauth et al.,2014; Quinn et al.,2017), as percentagens de pessoas TGD, notificadas nos últimos anos (2011–2016), variaram entre 0,02% e 0,08%. Contrariamente, quando a condição TGD foi determinada com base no autorrelato, as percentagens correspondentes apresentavam uma ordem de grandeza superior e razoavelmente consistente, se os estudos usassem definições semelhantes. Quando os inquéritos perguntavam especificamente sobre a identidade «*transgénero*», as estimativas variaram entre 0,3% e 0,5%, em pessoas adultas, e entre 1,2% e 2,7%, em crianças e adolescentes. Quando a definição foi alargada para incluir manifestações mais amplas de diversidade de género, tais como incongruência de género ou ambivalência de género, as percentagens correspondentes foram superiores: 0,5% a 4,5%, em pessoas adultas, e 2,5% a 8,4%, em crianças e adolescentes.

Tal como analisado noutro artigo (Goodman et al.,2019), outra observação digna de registo é o aumento contínuo, tanto na dimensão como na composição da população TGD, com tendências crescentes na percentagem de pessoas TGD observadas em sistemas de saúde, através de inquéritos de base populacional, ou nos dados sobre reconhecimento legal de género. As estimativas mais elevadas, observadas na literatura mais recente, sustentam algumas das

Resumo das percentagens notificadas de pessoas TGD na população em geral

Estudos baseados em sistemas de saúde: 0,02-0,1%

estudos baseados em inquéritos a pessoas adultas: 0,3-0,5% (transgénero), 0,3-4,5% (total TGD)

estudos baseados em inquéritos a crianças e adolescentes: 1,2-2,7 (transgénero), 2,5-8,4% (total TGD)

publicações anteriores, que indicavam que a dimensão da população de TGD estava, com grande probabilidade, subestimada em estudos anteriores (Olyslager & Conway, 2008).

As tendências temporais no rácio ASMAN/ASFAN foram, igualmente, relatadas em estudos que analisaram a referência para clínicas, bem como dados de sistemas de saúde integrados; esse rácio passou de predominantemente ASMAN, nas décadas anteriores, para predominantemente ASFAN, nos últimos anos, especialmente entre jovens TGD (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). A tendência, no sentido de uma maior percentagem de pessoas TGD, em faixas etárias mais jovens, e as diferenças relacionadas com a idade, no rácio ASMAN/ASFAN, representam, provavelmente, o «efeito de coorte», que reflete os avanços sociopolíticos, as alterações nos padrões de referência, o aumento do acesso a cuidados de saúde e a informações médicas, uma estigmatização cultural menos pronunciada e outras mudanças que têm um impacto diferencial entre gerações (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Apesar das recentes melhorias na qualidade dos estudos publicados, uma limitação importante na literatura existente é a relativa escassez de publicações, com revisão por pares, de regiões fora da Europa Ocidental ou da América do Norte. Algumas das informações relevantes sobre estimativas globais podem ser obtidas a partir de relatórios financiados pelos governos ou por organizações não governamentais (Fisher et

al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), mas esses relatórios podem ser difíceis de identificar e avaliar sistematicamente, antes de surgirem na literatura revista por pares. Outras barreiras à avaliação da distribuição global das populações TGD incluem o acesso desadequado a dados demográficos e a sobrerrepresentação de revistas de língua inglesa na literatura mundial.

Apesar destas limitações, os dados disponíveis de melhor qualidade indicam claramente que as pessoas TGD representam uma percentagem considerável e crescente da população em geral.

Com base na evidência credível disponível até à data, essa percentagem pode ir desde valores inferiores a um ponto percentual até vários pontos percentuais, dependendo dos critérios de inclusão, da faixa etária e da localização geográfica. Estimativas precisas da percentagem, distribuição e composição da população TGD, bem como uma projeção dos recursos necessários para apoiar devidamente as necessidades de cuidados de saúde de pessoas TGD, devem basear-se em dados de alta qualidade, recolhidos de forma sistemática, que estão, atualmente, cada vez mais disponíveis. A recolha contínua e rotineira desses dados é necessária, para reduzir a variabilidade e minimizar tanto a sobrestimativa como a subestimativa dos resultados reportados. Por exemplo, quando os censos populacionais começarem a recolher e a reportar, sistematicamente, dados sobre sexo atribuído à nascença e identidade de género, incluindo as categorias de pessoas assexuais e não binárias, usando o método de duas fases que, atualmente, já se encontra bem validado, deverão ficar disponíveis

estimativas muito mais exatas e precisas. A primeira estimativa baseada em censos foi divulgada pelo instituto nacional de estatística do Canadá. Com base nos dados do censo de 2021, 100.815 em 30,5 milhões de pessoas canadianas, identificaram-se como transgénero ou não binárias; isso representa 0,33% da população, com idade igual ou superior a 15 anos (Statistics Canada, 2022). Em consonância com a literatura publicada, as percentagens de pessoas transgénero e não binárias foram muito superiores para a Geração Z (nascida entre 1997 e 2006, 0,79%) e para a Geração *millennials* (nascida entre 1981 e 1996, 0,51%), do que para a Geração X

(nascida entre 1966 e 1980, 0,19%), Geração *baby boomers* (nascida entre 1946 e 1965, 0,15%) e as Gerações Grandiosa e Entreguerras (nascidas em 1945 ou antes, 0,12%). Embora estes resultados representem os dados com maior qualidade disponíveis até ao momento, não é claro de que modo as percentagens populacionais reportadas no Canadá se podem comparar com as de outros países. A variabilidade nas definições do que constitui a população TGD e as diferenças nos métodos de recolha de dados podem ser ainda mais reduzidas, através da melhoria das colaborações internacionais.

CAPÍTULO 4 Educação

Este capítulo disponibiliza uma revisão geral da literatura, relacionada com a educação nos cuidados de saúde em pessoas transgénero e de género diverso (TGD). Oferece recomendações a nível governamental, não-governamental, institucional e de quem presta cuidados de saúde, com o objetivo de aumentar o acesso a cuidados de saúde qualificados e solidários. Por sua vez, esse aumento deve melhorar os resultados a nível da saúde nas populações TGD. Dado que este é um novo capítulo nas Normas de Cuidados de Saúde, da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH), o objetivo é estabelecer as bases para a área da educação e estimular uma discussão mais ampla e mais aprofundada entre agentes de educação e profissionais de saúde.

É muito vasta a gama de especialidades abrangida por profissionais de saúde que se envolvem nos cuidados de saúde transgénero. A educação de profissionais de saúde varia consideravelmente de país para país, ou entre regiões, em termos de estrutura, licenciamento e política. A literatura publicada sobre educação, em cuidados de saúde TGD, provém predominantemente da América do Norte, Europa, Austrália e Nova Zelândia. Este capítulo não proporciona uma revisão da literatura sobre educação, para cada uma das especialidades, nem para as necessidades específicas, de cada especialidade (que podem ser encontradas nos capítulos relevantes), nem para as necessidades específicas do sistema de educação em saúde, de cada país ou região. É necessária uma maior compreensão e investigação sobre a intersecção entre os sistemas de educação em saúde, o licenciamento e os cuidados de saúde transgénero em todo o mundo.

A nível global, a educação em saúde TGD é crucial, para que as desigualdades nacionais e internacionais, em termos de saúde, sejam enfrentadas. Continua a faltar competência

cultural, relativamente a comunidades TGD. O Grupo do Banco Mundial (World Bank Group, 2018) relata discriminação, assédio, violência e abuso generalizados, que afetam as pessoas TGD. Também indicam que as pessoas TGD enfrentam as maiores taxas de violência e discriminação (World Bank Group, 2018). Apesar de muitos países, com níveis de rendimento mais altos, terem leis nacionais antidiscriminação, sendo a identidade de género uma das características protegidas, a discriminação, no local de trabalho, na educação e nos cuidados de saúde, continua a ser problemática (World Bank Group, 2018).

Em todas as especialidades, os currículos de todos os níveis – licenciatura, mestrado, estágio, internato ou formação contínua – têm ignorado historicamente a educação cultural ou clínica sobre pessoas TGD. A Comissão Conjunta (The Joint Commission, EUA) recomendou que as organizações de cuidados de saúde «disponibilizem programas e fóruns educacionais, que apoiem as necessidades específicas da comunidade LGBT» e «ofereçam oportunidades educativas, que abordem questões de saúde LGBT» (The Joint Commission, 2011). No entanto, isso não é aplicado.

A nível individual, há várias perguntas que precisam de respostas. Que tipo de intervenções educativas pode responder, com maior eficácia, à transfobia e proporcionar mudanças duradouras nas atitudes? Quais as intervenções que se traduzem num aumento do número de prestadores de cuidados de saúde nesta área, bem como no número de pessoas TGD que recebem cuidados de saúde? A exposição clínica aumenta a confiança de quem presta cuidados ao longo do tempo? Quais as intervenções educativas que levam à melhoria dos resultados a nível de saúde na população TGD e, caso o façam, quando e de que modo é que essas intervenções o conseguiram? Apesar de as profissões de saúde terem começado a incorporar a saúde TGD na educação, usando uma diversidade de

Declarações de Recomendação

4.1 - Recomendamos que todas as pessoas que trabalham em agências governamentais, organizações não governamentais e entidades privadas recebam formação sobre consciencialização cultural direcionada para o cuidado de pessoas transgénero e de género diverso, com dignidade e respeito.

4.2 - Recomendamos que todas as pessoas que integram equipas de cuidados de saúde recebam formação sobre consciencialização cultural direcionada para a prestação de cuidados a pessoas transgénero e de género diverso, com dignidade, durante o estágio ou o internato supervisionado e como parte da formação anual ou contínua.

4.3 - Recomendamos que as instituições envolvidas na formação de profissionais de saúde desenvolvam competências e objetivos de aprendizagem para a saúde transgénero e de género diverso dentro de cada uma das áreas de competência da respetiva especialidade.

modalidades e em vários níveis de formação, os esforços são diferentes consoante as profissões da saúde e não são de natureza sistémica nem sistemática (por exemplo, Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rahlondl, 2009).

Alcançar a humildade cultural, com a valorização plena da interseccionalidade da humanidade, é o derradeiro objetivo educativo. Dito isto, este apelo inicial para a educação foca-se na construção dos alicerces

Recomendação 4.1

Recomendamos que todas as pessoas, que trabalham em agências governamentais, organizações não governamentais e entidades privadas, recebam formação sobre consciencialização cultural, direcionada para o cuidado de pessoas transgénero e de género diverso, com dignidade e respeito.

O Artigo nº 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas afirma: «Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos» (United Nations, 1948). Só recentemente é que esta declaração fundamental incluiu o reconhecimento de que os direitos TGD são direitos humanos (UNOCHR, 2018). A nível global, a formação em todos os níveis, sobre comunidades TGD, continua a faltar. Em 2002, só 3% das empresas da Fortune 500 tinham proteção antidiscriminação para pessoas funcionárias TGD e nenhuma delas oferecia seguro com cobertura para cuidados de saúde de afirmação de género. (Human Rights

para a sensibilidade cultural e a competência cultural que, atualmente, é fraca ou inexistente em grande parte do mundo.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe, bem como na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e / ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Campaign Foundation, 2017). Em 2022, 91% das empresas da Fortune 500 incluíam a identidade de género nas políticas de não discriminação dos EUA e 66% ofereciam apólices de seguro com cobertura para cuidados TGD. No entanto, apenas 72% disponibilizam alguma forma de formação ou informação cultural sobre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero, queer ou em questionamento (LGBTQ) às pessoas que aí trabalham (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Esta falta de conhecimento fomenta a discriminação em todos os aspetos. No seu conjunto, estas inconsistências afetam negativamente a saúde das pessoas e das comunidades e acentuam as disparidades e as desigualdades que aquelas enfrentam ao nível dos cuidados de saúde. Na Grã-Bretanha, apenas 28% das pessoas trabalhadores TGD sentem que as chefias principais estão comprometidas com a igualdade TGD; apenas 21% das pessoas funcionárias TGD ponderam relatar assédio transfóbico no local de trabalho

(Stonewall, 2018). Para as que são abertamente TGD, 34% foram excluídas por colegas de trabalho, 35% foram maltratadas por clientes, 24% não foram promovidas, devido à sua identidade de gênero, e 11% foram despedidas (Stonewall, 2018). O Banco Mundial afirmou que no sudeste europeu há discriminação, assédio, violência e abuso generalizados e que as pessoas TGD, nessa região, são alvo das taxas de violência e discriminação mais elevadas (World Bank Group, 2018). Frequentemente, a discriminação não foi reportada, com 60% das pessoas a não relatar a ocorrência por não acreditar que a queixa fosse tida em consideração, por medo de discriminação adicional, de ser alvo de chacota e por relutância em serem expostas (World Bank Group, 2018). Apesar de muitos países da região terem leis nacionais antidiscriminação, sendo a identidade de gênero uma das características protegidas, a discriminação no local de trabalho, na educação e nos cuidados de saúde continua a ser problemática (World Bank Group, 2018). A garantia dos direitos da população TGD é responsabilidade das agências governamentais, das organizações não governamentais e das entidades privadas desses países, que possuem leis antidiscriminação. São, por isso, obrigadas a encontrar formas de reduzir a discriminação e a estigmatização. Uma dessas formas é a educação. As culturas locais que promovem atitudes anti TGD constituem, muitas vezes, uma barreira a essa educação tão necessária. Embora as formações em competências culturais tenham levado a resultados equívocos, Shepherd (2019) defende que a oferta de formação em conhecimentos culturais, que dê prioridade às questões culturais locais e se foque nos valores de abertura, de ausência de preconceitos e de receptividade, pode levar aos resultados pretendidos. A implementação de formação sobre conhecimento cultural implica uma liderança disposta a dar prioridade à formação e a dedicar tempo, dinheiro e capital humano

à disponibilização de formação inicial e contínua.

Recomendação 4.2

Recomendamos que todas as pessoas, que integram equipas de cuidados de saúde, recebam formação sobre consciencialização cultural, direcionada para a prestação de cuidados a pessoas transgénero e de género diverso, com dignidade, durante o estágio ou internato supervisionado e como parte da formação anual ou contínua.

Em todas as especialidades, os currículos de todos os níveis - licenciatura, mestrado, estágio ou internato ou formação contínua - têm ignorado historicamente a educação cultural ou clínica sobre pessoas TGD. Os fatores que contribuem para esta falta de inclusão incluem a falta de conhecimento, experiência e à-vontade com o tema, por parte do corpo docente, preconceito ou viés daquele, carga horária reduzida no âmbito do currículo existente e falta de orientação sobre como integrar os temas (McDowell & Bower, 2016). Os estudos sobre a falta e a necessidade desse tipo de educação não abordam especificamente as preocupações com os cuidados de saúde a pessoas TGD. Pelo contrário, a literatura existente inclui a educação sobre saúde TGD dentro da discussão mais ampla sobre a falta de formação em competências clínicas e culturais focadas em pessoas LGBTQ. Como exemplo, os programas de licenciatura em enfermagem incluíam apenas uma média de 2,12 horas de formação sobre saúde LGBTQ (Lim et al., 2015). Uma hipótese provável é que a quantidade de tempo dedicada a questões de saúde específicas de pessoas TGD constitui apenas uma fração desse tempo.

Dentro do contexto mais amplo de competências LGBTQ, a falta de formação em competências culturais e clínicas sobre pessoas TGD é uma lacuna, desde há muito conhecida, na educação em cuidados de saúde (Aldridge et al., 2021). Nos EUA, tanto a iniciativa

Healthy People 2020 (Pessoas Saudáveis), do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (United States Department of Health and Human Services (2013, April 10), como a Academia Nacional de Medicina (The Institute of Medicine, 2011) e a Comissão Conjunta (The Joint Commission, 2011) reconheceram todas que a falta de educação influencia negativamente a capacidade das pessoas LGBTQ, incluindo pessoas TGD, para obter cuidados de saúde adequados e clinicamente necessários. A Comissão de Mulheres e Igualdade da Câmara dos Comuns do Reino Unido constatou que a falta de educação contribuíria para as disparidades na prestação de cuidados de saúde a pessoas TGD, no Serviço Nacional de Saúde (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8). A falta de educação sobre cuidados de saúde TGD foi identificada nos EUA (Obedin-Maliver et al., 2011), no Reino Unido (Tollemache et al., 2021), na África do Sul (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014), no Canadá (Bauer et al., 2014), na Austrália (Riggs & Bartholomaeus, 2016), na Suécia, Espanha, Sérvia, Polónia (Burgwal et al., 2021) e Paquistão (Martins et al., 2020), entre outros países.

Para além do desenvolvimento do currículo, Shepherd (2022) afirma que os componentes clínicos e organizacionais são ambos necessários, para melhorar as interações clínicas e a satisfação das pessoas. A nível organizacional, deve ser exequível ter uma orientação prática e local (Shepherd, 2022). A nível individual, para além da formação em conhecimentos, o uso de traços genéricos, que se foquem nos valores de abertura, de ausência de preconceitos e de recetividade, constitui uma mais-valia para profissionais de saúde (Shepherd, 2018).

Recomendação 4.3.

Recomendamos que as instituições, envolvidas na formação de profissionais de saúde, desenvolvam competências e objetivos de aprendizagem, para a saúde

transgénero e de género diverso, dentro de cada uma das áreas de competência da respetiva especialidade.

Cada profissão de saúde tem as suas próprias instituições educativas, órgãos administrativos e de licenciamento, que variam consoante o país e a especialização dentro da profissão. Nenhuma das principais organizações de profissionais de saúde, instituições educativas ou órgãos de licenciamento parece exigir formação sobre cuidados de saúde a pessoas TGD. Embora essas organizações recomendem cada vez mais a inclusão da saúde LGBTQ e intersexo, raramente especificam competências, capacidades ou objetivos de aprendizagem, para trabalhar com pessoas TGD, na sua especialidade. As publicações sobre educação de profissionais de saúde, em cuidados de saúde TGD, focam-se principalmente na enfermagem, medicina e saúde mental e são predominantemente da América do Norte, Europa, Austrália e Nova Zelândia. É essencial, a nível global, que haja um maior conhecimento sobre saúde transgénero e sobre sistemas e requisitos da educação médica ou de profissionais de saúde.

Apesar da crescente visibilidade das pessoas TGD, o acesso a profissionais de saúde experientes e com idoneidade cultural continua a ser uma necessidade premente em todo o mundo (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). A falta de prestadores com experiência constitui um dos principais obstáculos aos cuidados de afirmação de género para pessoas transgénero (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016) e contribui para enormes disparidades a nível da saúde (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). A falta de educação profissional adequada sobre saúde em pessoas TGD é um problema global (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) que ocorre em todos os níveis de formação (Dubin et al., 2018) e é transversal às diversas disciplinas da saúde (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020;

Johnson & Federman, 2014) e às especialidades médicas (Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018).

Os desafios permanecem dado que, até ao momento, os estudos apresentam amostras pequenas, envolvem ações de formação únicas, incluem várias disciplinas em vários níveis da carreira, focam-se em resultados de curto prazo e, frequentemente, abrangem todos os tópicos LGBTQI em vez de temas específicos TGD que, habitualmente, são adquiridos após a licenciatura e não são o foco da maioria das intervenções educacionais estudadas atualmente (Dubin et al., 2018).

Para implementar com êxito as recomendações, as instituições poderão ter de

ponderar o desenvolvimento de 1) abordagens sistémicas e sistemáticas para desenvolver e implementar competências para todas as disciplinas da saúde ao longo da vida profissional; 2) avaliações padronizadas para quem recebe formação, com contributos das comunidades TGD; e 3) atribuição de recursos curriculares, incluindo corpo docente com formação e tempo, de acordo com objetivos de aprendizagem claros e consensuais (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Adicionalmente, as avaliações dessas intervenções não se devem concentrar apenas nos resultados, mas também esforçar-se para compreender «como, quando e porquê» ocorrem esses resultados (Allen et al., 2021)

CAPÍTULO 5 Avaliação de Pessoas Adultas

Este capítulo fornece orientações para a avaliação de pessoas adultas transgênero e de gênero diverso (TGD), que solicitam procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero (PMCAGs), clinicamente necessários, para ajustar melhor o seu corpo à sua identidade de gênero (ver a declaração sobre clinicamente necessário, no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1). As pessoas adultas TGD são pessoas com idade igual ou superior à maioridade no seu país, que apresentam alguma forma de diversidade de gênero. Os elementos sobre desenvolvimento, no capítulo sobre adolescentes, incluindo a importância do envolvimento parental ou de pessoas cuidadoras, também podem ser relevantes para os cuidados de pessoas no início da idade adulta, mesmo que já tenham atingido a maioridade.

Este capítulo inclui todas as formas de identidades e transições de gênero, incluindo, entre outras, masculina, feminina, gênero diverso, não binária, agênero e eunuco. A população de pessoas adultas TGD é heterogênea e varia de acordo com as respectivas necessidades clínicas, condições biológicas, psicológicas e sociais e também com o acesso aos cuidados de saúde. Como tal, qualquer avaliação sobre PMCAGs terá de ser adaptada à base de conhecimentos científicos, clínicos e comunitários da identidade de gênero apresentada, bem como às circunstâncias locais. Este capítulo reconhece que as pessoas se podem defrontar com diferentes níveis locais de supervisão clínica ou regulamentar, quando é o estado ou outras entidades a prestar os cuidados de saúde.

A identidade de gênero de uma pessoa é uma identificação e uma vivência internas. O papel de quem avalia é verificar a presença de incongruência de gênero e identificar quaisquer questões de saúde mental concomitantes, fornecer informações sobre os

PMCAGs, apoiar a pessoa TGD na ponderação dos efeitos e riscos dos PMCAGs e avaliar se a pessoa TGD tem a capacidade de compreender o tratamento que lhe está a ser oferecido e se existe probabilidade de que o tratamento seja benéfico. Quem avalia também pode ajudar uma pessoa TGD a ponderar opções, que possam melhorar os resultados dos PMCAG. A abordagem de avaliação de PMCAG, descrita neste capítulo, reconhece a experiência vivenciada e o autoconhecimento da pessoa TGD, bem como o conhecimento clínico da pessoa profissional de saúde que realiza a análise. Consequentemente, com esta abordagem, a decisão de avançar com os PMCAGs é partilhada entre a pessoa TGD e quem a avalia, desempenhando ambas um papel fundamental numa tomada de decisão conjunta.

Alguns sistemas usam um modelo de cuidados de saúde para pessoas adultas TGD, que pretendem realizar PMCAGs, que dá prioridade à pessoa adulta TGD, enquanto decisora, atuando a pessoa profissional de saúde como consultora, exceto no caso de contraindicações graves. Esses modelos são usados quando se pondera a terapia hormonal em vez da cirurgia e são frequentemente chamados de modelos de «consentimento informado» (Deutsch, 2011, 2016a). Muitos desses modelos utilizam uma avaliação simplificada, que se foca principalmente na capacidade de uma pessoa TGD dar um consentimento informado e utilizar informações sobre PMCAGs, para fundamentar a sua tomada de decisão clínica. Há uma variabilidade significativa nesses modelos, consoante os ordenamentos jurídicos, os sistemas e profissionais de saúde (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). Os modelos de consentimento informado têm sido usados, desde há algum tempo, para a prescrição hormonal em muitos locais.

Este capítulo destina-se a fornecer orientações globais flexíveis, que devem ser adaptadas às circunstâncias locais. As pessoas profissionais

de saúde têm de determinar quais as abordagens de avaliação que melhor respondem às necessidades das suas circunstâncias locais. A avaliação dessas abordagens é mais eficaz quando realizada em colaboração com as pessoas TGD.

Dado que as pessoas TGD representam uma gama diversificada de identidades e expressões de género e têm necessidades diferentes quanto a PMCAGs, não existe um único processo de avaliação que se adapte a todas as pessoas ou a todas as situações. Algumas pessoas TGD podem precisar de um processo de avaliação de PMCAGs relativamente mais curto. Para pessoas adultas TGD com uma apresentação complexa ou para as que solicitam procedimentos menos frequentes ou procedimentos com pouca evidência baseada na investigação, serão necessárias avaliações mais abrangentes, com pessoas diferentes de uma equipa multidisciplinar. As avaliações podem ser realizadas presencialmente ou por teleconsulta. Embora as ferramentas de avaliação psicométricas tenham sido usadas em alguns casos, não constituem um requisito obrigatório da avaliação de PMCAGs. O aconselhamento ou a psicoterapia podem ser úteis, quando solicitados por uma pessoa TGD. No entanto, nem o aconselhamento nem a psicoterapia, focados especificamente na sua identidade TGD, constituem requisito para a avaliação, nem para o início de PMCAGs. Os exames genitais não constituem pré-requisito para iniciar os PMCAGs e só devem ser realizados quando clinicamente indicados.

Os PMCAGs podem ser prestados em diversas instalações. As instalações dependem dos sistemas de cuidados de saúde disponíveis em cada país e podem incluir cuidados de saúde nacionalizados ou públicos, instalações do setor privado, equipamentos de cuidados de saúde comunitários e instituições de beneficência. Consequentemente, as circunstâncias locais e regionais podem influenciar a disponibilidade de cuidados de

saúde. Independentemente dos locais, os cuidados de saúde prestados a pessoas TGD devem ter a maior qualidade possível. A Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH) defende que as avaliações e os procedimentos devem estar facilmente disponíveis. O acesso à avaliação e a procedimentos para pessoas TGD, que pretendem PMCAGs, é essencial, tendo em consideração a necessidade clínica óbvia dessas intervenções e os profundos benefícios que proporcionam às pessoas TGD (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). As orientações deste capítulo terão de ser adaptadas de acordo com as circunstâncias locais, individuais, clínicas e sociais.

As declarações seguintes são baseadas numa vasta literatura de suporte, incluindo literatura que demonstra o forte impacto positivo do acesso a PMCAGs; na evidência empírica disponível; numa relação favorável entre risco benefício; e no consenso sobre as melhores práticas profissionais. A base empírica de evidência para a avaliação de pessoas adultas TGD é reduzida. Inclui, principalmente, uma abordagem de avaliação que utiliza critérios específicos, que são examinados por profissional de saúde, em estreita colaboração com uma pessoa adulta TGD, e não inclui ensaios clínicos controlados e aleatorizados, nem estudos longitudinais de longo prazo (Olsen-Kennedy et al., 2016). Isto é compreensível dada a complexidade e as considerações éticas subjacentes à distribuição de pessoas, que necessitam de cuidados de saúde, por diferentes grupos de avaliação, a falta de financiamento para investigação e de outros recursos que permitam avaliar os resultados, a longo prazo, das abordagens de avaliação.

A elaboração destas orientações foi um processo complexo. Os critérios presentes neste capítulo foram significativamente reformulados, em comparação com os das SOC 7, de modo a reduzir os requisitos e as barreiras desnecessárias no acesso aos

cuidados de saúde. Espera-se que a investigação futura explore a eficácia deste modelo, bem como a evolução dos modelos de avaliação para terapia hormonal e para cirurgia, que permitam a concretização de melhorias, de forma continuada.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão

exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos

Declarações de Recomendação

5.1 - Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso para procedimentos físicos:

5.1.a- possuam cédula emitida pela respetiva entidade reguladora e possuam, no mínimo, um mestrado ou formação equivalente numa área clínica relevante para a função, concedido por uma instituição oficial acreditada nacionalmente.

5.1.b - nos países que exigem um diagnóstico para acesso aos cuidados de saúde, a pessoa profissional de saúde deve ser idónea na utilização da edição mais recente da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde para o diagnóstico. Nos países que não tenham implementado a CID mais recente, poderão ser utilizadas outras taxonomias; devem ser realizados esforços para utilizar a CID mais recente, o mais rapidamente possível.

5.1.c- sejam capazes de identificar questões de saúde mental ou psicossociais concomitantes e diferenciá-las da disforia, incongruência ou diversidade de género.

5.1.d - sejam capazes de avaliar a capacidade de consentimento para a realização de procedimentos.

5.1.e- tenham experiência ou qualificações para avaliar aspetos clínicos da disforia, incongruência e diversidade de género.

5.1.f - realizem formação contínua sobre cuidados de saúde relacionados com disforia, incongruência e diversidade de género.

5.2- Sugerimos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso, que pretendem realizar procedimentos de afirmação de género, entrem em contacto com profissionais de diferentes especialidades na área da saúde transgénero, para consulta e referência, se necessário.

As recomendações seguintes são feitas relativamente aos requisitos para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (deverão ser todas seguidas):

5.3 - Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género:

5.3.a- apenas recomendem procedimentos médicos de afirmação de género, solicitados por uma pessoa TGD, quando a vivência da incongruência de género for acentuada e persistente.

5.3.b- assegurem o cumprimento dos critérios de diagnóstico, antes de iniciar procedimentos de afirmação de género, em regiões onde é exigido um diagnóstico para ter acesso a cuidados de saúde.

5.3.c- Identifiquem e excluam outras causas possíveis de incongruência de género aparente, antes do início dos procedimentos de afirmação de género.

5.3.d - assegurem que todas as perturbações da saúde mental, que possam influenciar negativamente o resultado dos procedimentos médicos de afirmação de género, sejam avaliadas, com uma análise de riscos e benefícios, antes de ser tomada uma decisão relativamente ao procedimento.

5.3.e - assegurem que todas as condições de saúde física, que possam influenciar negativamente o resultado dos procedimentos médicos de afirmação de género, sejam avaliadas, com uma análise de riscos e benefícios, antes de ser tomada uma decisão relativamente ao procedimento.

5.3.f- avaliem a capacidade de consentimento, para a realização do procedimento físico específico antes do início desse procedimento.

5.3.g - avaliem a capacidade da pessoa adulta transgénero para compreender o efeito do procedimento de afirmação de género sobre a capacidade reprodutiva, explorando as diversas opções reprodutivas com a pessoa, antes do início do procedimento de afirmação de género.

5.4- Como parte integrante da avaliação sobre procedimentos hormonais ou cirúrgicos de afirmação de género, sugerimos que profissionais que possuam competências na avaliação de pessoas transgénero e de género diverso, que pretendam realizar procedimentos médicos relacionados com o género, analisem, juntamente com a pessoa, o papel da transição social.

5.5- Recomendamos que pessoas adultas transgénero e de género diverso, que cumpram os critérios para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género, necessitem apenas de um único parecer, emitido por profissional que possua competências na avaliação de pessoas transgénero e de género diverso, que pretendam procedimentos médico-cirúrgicos relacionados com género.

5.6 - Sugerimos que profissionais de saúde que avaliam pessoas transgénero e de género diverso, que pretendem realizar gonadectomia, ponderem um mínimo de 6 meses de terapia hormonal, consoante o mais adequado para os objetivos de género da pessoa TGD, antes de a pessoa TGD ser submetida a intervenções cirúrgicas irreversíveis (a menos que as hormonas não sejam clinicamente indicadas para a pessoa).

5.7 - Recomendamos que profissionais de saúde que avaliam pessoas adultas, que pretendem reverter a transição e que solicitem procedimento hormonal ou procedimento cirúrgico relacionados com género, ou ambos, recorram a uma avaliação multidisciplinar abrangente, que inclua pontos de vista adicionais de profissionais de saúde com experiência em saúde transgénero e que analisem, juntamente com a pessoa, e como parte do processo de avaliação, o papel da transição social.

Declaração 5.1

Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgênero e de gênero diverso para procedimentos de afirmação de gênero:

Declaração 5.1.a

Possuam cédula emitida pela respetiva entidade reguladora e possuam, no mínimo, um mestrado ou formação equivalente, numa área clínica relevante para a função, concedido por uma instituição oficial acreditada nacionalmente.

As pessoas TGD, tal como todas as outras pessoas que procuram cuidados de saúde, devem ter acesso a cuidados de saúde da mais alta qualidade, proporcional à qualidade dos cuidados prestados a todas as pessoas que utilizam serviços de saúde (The Yogyakarta Principles, [2017](#)). Dado que esse aspeto irá variar consoante a zona do mundo, a natureza da pessoa profissional que realiza uma avaliação para PMCAGs, também irá variar consoante a natureza dos cuidados de saúde no contexto local, bem como consoante os requisitos legais definidos pelos organismos de licenciamento e registo. É importante que os cuidados de saúde prestados incluam uma avaliação conduzida por uma pessoa profissional de saúde competente e devidamente habilitada para o exercício profissional, que tenha competência para identificar incongruência de género e condições que possam ser confundidas com incongruência de género e que possa apoiar a pessoa TGD durante todo o processo de avaliação (RCGP, [2019](#)). Quem avalia deverá poder referenciar para profissionais de saúde com habilitação e que realizem PMCAGs. Profissionais de saúde devem ter no mínimo uma qualificação ao nível de mestrado, numa área clínica relacionada com a saúde transgênero, ou formação clínica adicional equivalente e possuir habilitação legal; por exemplo, profissional de saúde mental, especialista em medicina geral e familiar,

profissional de enfermagem ou profissionais de saúde com habilitação noutras áreas. Em alguns locais, profissionais de saúde com habilitação legal e níveis de qualificação inferiores podem exercer sob a supervisão clínica de profissional de saúde com qualificação, que assume a responsabilidade clínica final pela qualidade e rigor da conclusão da avaliação para PMCAGs. Para informações adicionais, consulte o Capítulo 4 - Educação.

Por vezes, o acesso a profissionais de saúde competentes, com habilitação legal e com experiência na avaliação para PMCAGs, pode ser difícil. Consequentemente, para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde e minimizar as falhas no acesso aos cuidados ou o atraso significativo na prestação destes (por exemplo, enormes listas de espera), pode ser necessário que seja uma pessoa profissional de saúde, devidamente habilitada, mas sem experiência, a prestar os cuidados e a apoiar o processo de avaliação de uma pessoa TGD, quanto a PMCAGs. É essencial evitar atrasos desnecessários na prestação de cuidados de saúde. No entanto, as pessoas TGD devem receber apoio para ter acesso a cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde com experiência logo que possível (RCGP, [2019](#)).

A prática estabelecida implica competência para identificar e diagnosticar incongruência de género (Hembree et al. [2017](#); Reed et al., [2016](#); T'Sjoen et al., 2020) e capacidade para identificar disparidades ou condições que possam ser confundidas com incongruência de género (Byne et al., [2018](#); Dhejne et al., [2016](#); Hembree et al., [2017](#)). A prática estabelecida também realça fortemente a necessidade de formação contínua sobre avaliação e prestação de cuidados de saúde a pessoas TGD (American Psychological Association, [2015](#); T'Sjoen et al., 2020). Para informações adicionais, consulte o Capítulo 4 - Educação.

Declaração 5.1.b

Nos países que exigem um diagnóstico, para acesso aos cuidados de saúde, a pessoa profissional de saúde deve ser idónea na utilização da edição mais recente da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde para o diagnóstico. Nos países que não tenham implementado a CID mais recente, poderão ser utilizadas outras taxonomias; devem ser realizados esforços para utilizar a CID mais recente o mais rapidamente possível.

Em alguns países, pode ser exigido um diagnóstico de incongruência de gênero para ter acesso a PMCAGs (tal como descrito abaixo). Profissionais de saúde, que avaliem pessoas TGD nesses países, devem ter competência para diagnosticar incongruência de gênero, usando o sistema de classificação mais atualizado necessário para que as pessoas TGD tenham acesso a PMCAGs. A CID-11 (WHO, [2019a](#)) é um sistema de classificação que se concentra na identidade vivenciada pela pessoa TGD e em qualquer necessidade de PMCAGs e que não considera a identidade TGD como uma doença mental.

Declaração 5.1.c

Sejam capazes de identificar questões de saúde mental ou psicossociais concomitantes e diferenciá-las da disforia, incongruência ou diversidade de gênero.

A diversidade de gênero é uma variação natural nas pessoas e não é intrinsecamente patológica (American Psychological Association, [2015](#)). No entanto, a avaliação é mais bem realizada por profissionais de saúde que tenham alguma experiência em saúde mental, de modo a identificar condições que possam ser confundidas com incongruência de gênero. Essas condições são raras e, quando presentes, têm, frequentemente, uma natureza psicológica (Byne et al., [2012](#); Byne et al., [2018](#); Hembree et al., [2017](#)).

A necessidade de incluir profissionais de saúde com alguma experiência em saúde

mental não implica a inclusão de profissionais de psicologia, psiquiatria ou de serviço social em todas as avaliações. Em vez disso, esse requisito pode ser preenchido por profissionais de medicina geral e familiar, de enfermagem, ou de outras áreas da saúde, com experiência suficiente para identificar a incongruência de gênero, reconhecer as questões de saúde mental, distinguir entre essas condições e a disforia, incongruência e diversidade de gênero, de modo a apoiar uma pessoa TGD no planejamento e preparação de cuidados de saúde para os PMCAGs, bem como para referenciar para profissionais de saúde mental, se necessário. Tal como analisado, com mais profundidade, no capítulo sobre saúde mental, as pessoas profissionais de saúde mental desempenham um papel importante nos cuidados de pessoas TGD. Por exemplo, o preconceito e a discriminação de que são alvo algumas pessoas TGD (Robles et al., [2016](#)) podem levar à depressão, à ansiedade ou ao agravamento de outras condições de saúde mental. Nesses casos, profissionais de saúde mental podem diagnosticar, esclarecer e tratar as condições de saúde mental. Profissionais de saúde mental e profissionais de saúde com experiência em saúde mental estão numa boa posição para realizar a avaliação para os PMCAGs, bem como para apoiar pessoas TGD que solicitam ou necessitam de informações ou de apoio na área da saúde mental, durante a sua transição. Para obter informações adicionais, consulte o Capítulo 18 - Saúde Mental.

Declaração 5.1.d

Sejam capazes de avaliar a capacidade de consentimento para a realização de procedimentos.

Uma avaliação para a realização de PMCAGs deve incluir um exame da capacidade da pessoa TGD para dar o seu consentimento relativamente ao procedimento proposto. O consentimento requer a capacidade cognitiva de compreender os riscos e os benefícios de

um procedimento e os possíveis resultados negativos e positivos. Exige, igualmente, a capacidade de reter essas informações com o objetivo de tomar a decisão (usando apoios, se necessário), bem como a capacidade cognitiva de usar essa compreensão para tomar uma decisão informada (American Medical Association, [2021](#); Applebaum, [2007](#)).

Algumas pessoas TGD terão a capacidade de dar consentimento imediatamente durante a avaliação. Algumas pessoas TGD podem necessitar de um processo mais longo para poder dar o consentimento, através de um diálogo contínuo e da utilização de competências de tomadas de decisão clínicas. A presença de doença do foro psiquiátrico ou de sintomatologia associada à saúde mental não constituem qualquer obstáculo para os PMCAGs, a menos que a doença psiquiátrica ou a sintomatologia associada à saúde mental afetem a capacidade de consentimento da pessoa TGD, relativamente ao procedimento específico solicitado, ou afetem a sua capacidade de serem submetidas ao procedimento. Isto é especialmente importante dado que foi demonstrado que os PMCAGs reduzem a sintomatologia associada à saúde mental em pessoas TGD (Aldridge et al., [2020](#)).

Os sistemas de saúde podem permitir PMCAGs para pessoas que não sejam capazes de dar diretamente o seu consentimento, se uma pessoa tutora indicada, ou a pessoa decisora independente, aprovada pela entidade reguladora, com o poder de tomar decisões sobre procedimentos no âmbito dos cuidados de saúde, der o consentimento e confirmar que o procedimento proposto está de acordo com as necessidades e desejos da pessoa TGD.

Declaração 5.1.e

Tenham experiência ou qualificações, para avaliar aspetos clínicos da disforia, incongruência e diversidade de género. Para texto de apoio, ver a Declaração 5.1.f.

Declaração 5.1.f

Realizem formação contínua sobre cuidados de saúde, relacionados com disforia, incongruência e diversidade de género.

Como em qualquer outra área de prática clínica, é essencial que profissionais de saúde que realizam a avaliação para o início dos PMCAGs possuam conhecimentos e experiência em cuidados de saúde de pessoas TGD. Se isso não for possível no contexto local, a pessoa profissional de saúde que realiza a avaliação deverá trabalhar em estreita colaboração com outra que tenha conhecimentos e experiência. Como parte da sua prática clínica, devem comprometer-se com a formação contínua em cuidados de saúde TGD, tornar-se associadas de organismos profissionais relevantes, participar em reuniões, workshops ou seminários profissionais pertinentes, aconselhar-se com profissionais de saúde com experiência na área e/ou envolver-se com a comunidade TGD. Isto é especialmente importante nos cuidados de saúde TGD, dado ser um campo relativamente novo e os conhecimentos e a terminologia estarem em constante mutação (American Psychological Association, [2015](#); Thorne, Yip et al., [2019](#)). Consequentemente, qualquer pessoa envolvida em avaliações para PMCAGs tem de se manter atualizada nas áreas da saúde TGD.

Declaração 5.2

Sugerimos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso, que pretendem realizar procedimentos de afirmação de género, entrem em contacto com profissionais de diferentes especialidades, na área da saúde transgénero, para consulta e referência, se necessário.

Caso seja necessário e possível, a avaliação para PMCAGs deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (Costa, Rosa-e-Silva et al., [2018](#); Hembree et al., [2017](#); Karasic & Fraser,

[2018](#); T'Sjoen et al., 2020), cujas pessoas mantenham contactos atempados e adequados umas com as outras. A equipa pode incluir profissionais de saúde mental, endocrinologistas, pessoas ligadas aos cuidados de saúde primários, pessoas cirurgiãs, especialistas em voz e comunicação, pares TGD que disponibilizem orientação e aconselhamento, entre outras. Em alguns casos, pode não ser necessária uma equipa multidisciplinar; no entanto, caso seja necessária, é fundamental que profissionais de saúde possam ter acesso a colegas de diferentes especialidades, em tempo útil, para concluir a avaliação para PMCAGs e melhor apoiar as necessidades da pessoa TGD. Também é essencial que as pessoas TGD sejam apoiadas, através de consultas de seguimento, por qualquer uma das pessoas profissionais de saúde que tenha estado envolvida durante o processo de avaliação para PMCAGs, antes, durante e após o início dos procedimentos de afirmação de género.

As recomendações seguintes são feitas relativamente aos requisitos para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (deverão ser todas seguidas):

Declaração 5.3

Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género:

Declaração 5.3.a

Apenas recomendem procedimentos médicos de afirmação de género solicitados por uma pessoa TGD, quando a vivência da incongruência de género for acentuada e persistente.

Para ter acesso a PMCAGs, a incongruência de género de uma pessoa TGD tem de ser acentuada e mantida ao longo do tempo. Isso pode incluir a necessidade de realizar PMCAGs e o desejo de ser aceite enquanto

pessoa do género com que se identifica. Consequentemente, é importante ter em consideração a natureza, duração e consistência da incongruência de género. O que pode incluir fatores como mudança de nome e de documentos de identidade, contar a outras pessoas qual o género com que se identifica, alteração de documentos de saúde ou alterações na expressão de género. No entanto, a incongruência de género acentuada e persistente pode existir mesmo quando não é revelada a outras pessoas pela pessoa TGD (Brumbaugh-Johnson & Hull, [2019](#); Saeed et al., 2018; Sequeira et al., [2020](#)). Uma mudança súbita ou superficial na identidade de género, ou a falta de persistência, são insuficientes para iniciar procedimentos de afirmação de género e, nesses casos, são recomendadas avaliações adicionais. Nessas circunstâncias, a avaliação contínua é útil para garantir a consistência e a persistência da incongruência de género, antes de dar início aos PMCAGs.

Embora a incongruência de género acentuada e persistente deva estar presente, não é obrigatório que as pessoas TGD apresentem níveis elevados de desconforto relativamente à sua identidade de género, para ter acesso a procedimentos de afirmação de género. De facto, o acesso a procedimentos de afirmação de género pode servir como medida profilática para prevenir o desconforto (Becker et al., [2018](#); Giovanardi et al., [2021](#); Nieder et al., [2021](#); Nobili et al., [2018](#); Robles et al., [2016](#)). Uma pessoa adulta TGD pode ter incongruência de género persistente, sem desconforto significativo e, ainda assim, beneficiar de PMCAGs.

A prática clínica estabelecida analisa a persistência da incongruência de género no momento de ponderar o início dos PMCAGs (Chen & Loshak, [2020](#)). Numa revisão de 200 anotações clínicas, Jones, Brewin e colegas ([2017](#)) identificaram a importância da «estabilidade da identidade de género» durante o planeamento dos cuidados de saúde. A disponibilização de PMCAGs a

peças TGD com incongruência de gênero persistente tem sido associada a baixas taxas de arrependimento e a altas taxas de satisfação da pessoa (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Contudo, embora a CID 11 (WHO, 2019a) exija a presença de incongruência de gênero acentuada e persistente para que o diagnóstico de incongruência de gênero seja feito, há muito pouca evidência específica sobre qual a duração da persistência necessária para procedimentos em pessoas adultas. As pessoas profissionais de saúde envolvidas na avaliação para PMCAGs de uma pessoa TGD, são incentivadas a dar a devida atenção à fase, história de vida e às circunstâncias atuais da pessoa adulta sob avaliação.

Declaração 5.3.b

Assegurem o cumprimento dos critérios de diagnóstico, antes de iniciar procedimentos de afirmação de gênero, em regiões onde é exigido um diagnóstico para ter acesso a cuidados de saúde.

Em algumas regiões, pode ser exigido um diagnóstico de incongruência de gênero para ter acesso a cuidados de saúde relacionados com a transição. Quando for necessário um diagnóstico para ter acesso a PMCAGs, a avaliação para PMCAGs terá de incluir a determinação e a atribuição de um diagnóstico. Nesses casos, as pessoas profissionais de saúde devem ser idóneas na utilização da versão mais recente da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) (WHO, 2019a). Nas regiões onde é exigido um diagnóstico para ter acesso a cuidados de saúde, deve ser estabelecido um diagnóstico de HA60 *Incongruência de Gênero da Adolescência e Idade Adulta* antes de iniciar procedimentos de afirmação de gênero.

As intervenções de afirmação de gênero subsequentes a um diagnóstico de HA6Z *Incongruência de Gênero Indeterminada* podem ser consideradas no contexto de uma avaliação

mais abrangente pela equipa multidisciplinar. Há evidência de que a utilização de ferramentas de avaliação rígidas, para determinar a «aptidão para a transição», pode reduzir o acesso aos cuidados de saúde e nem sempre coincide com o superior interesse da pessoa TGD (MacKinnon et al., 2020). Consequentemente, nas situações em que é obrigatória a atribuição de um diagnóstico, para ter acesso a cuidados de saúde, o processo deve ser conduzido com confiança e transparência, entre a pessoa profissional de saúde e a pessoa TGD que solicitou o PMCAG, tendo sempre em mente as necessidades da pessoa TGD. De facto, as relações de boa qualidade existentes entre pessoas TGD e profissionais de saúde são associadas a menor sofrimento emocional e a melhores resultados (Kattari e outros., 2016). Dado que muitas pessoas TGD receiam que profissionais de saúde associem, erradamente, a identidade transgénero a uma doença mental (Ellis e outros., 2015), a avaliação diagnóstica deve ser realizada com sensibilidade, para estimular a melhor relação possível entre a pessoa TGD e quem lhe presta os cuidados.

Declaração 5.3.c

Identifiquem e excluam outras causas possíveis de incongruência de gênero aparente, antes do início dos procedimentos de afirmação de gênero.

Em casos raros, as pessoas TGD podem ter uma condição que pode ser confundida com incongruência de gênero, ou podem ter outros motivos para procurar procedimentos, para além do alívio do sofrimento causado pela incongruência de gênero. Nesses casos, e quando existe ambiguidade em relação ao diagnóstico de incongruência de gênero, é importante realizar uma avaliação mais detalhada e abrangente. Por exemplo, pode ser necessária uma avaliação adicional para determinar se a incongruência de gênero persiste fora de um episódio psicótico agudo. Se a incongruência de gênero persistir após o fim de um episódio psicótico agudo, os PMCAGs podem ser considerados, desde que a pessoa TGD possua a capacidade de

consentimento para se submeter ao procedimento específico. Caso a incongruência de género não persista e ocorra apenas durante um desses episódios, o procedimento não deve ser ponderado. É importante que essas circunstâncias sejam identificadas e excluídas antes do início dos PMCAGs (Byne et al., [2012](#), [2018](#); Hembree et al., [2017](#)). Contudo, é importante compreender que pessoas TGD podem apresentar incongruência de género concomitante com uma perturbação da saúde mental, com uma perturbação do espectro do autismo ou com outra neurodiversidade (Glidden e outros., [2016](#)). De facto, algumas perturbações da saúde mental, tais como ansiedade (Bouman et al., [2017](#)), depressão (Heylens, Elaut et al., [2014](#); Witcomb et al., [2018](#)) e automutilação (Arcelus et al., [2016](#); Claes et al., [2015](#)) são mais prevalentes em pessoas TGD que não tiveram acesso a PMCAGs. Estudos longitudinais recentes sugerem que os sintomas associados à saúde mental sentidos por pessoas TGD tendem a melhorar após os PMCAGs (Aldridge et al., [2020](#); Heylens, Verroken et al., [2014](#); White Hughto & Reisner, [2016](#)). Não existe qualquer evidência que indique que a privação de PMCAGs constitui qualquer benefício para pessoas TGD com incongruência de género, apenas por apresentarem alguma perturbação da saúde mental ou problemas de desenvolvimento neurológico. Para informações adicionais, consulte o Capítulo 18 - Saúde Mental.

Declaração 5.3.d

Assegurem que todas as perturbações da saúde mental, que possam influenciar negativamente o resultado dos procedimentos médicos de afirmação de género, sejam avaliadas, com análise de riscos e benefícios, antes de ser tomada uma decisão relativamente ao procedimento.

Tal como as suas homólogas cisgénero, as pessoas TGD podem ter problemas de saúde mental. O tratamento para os problemas da saúde mental pode, e deve, ocorrer

conjuntamente com os PMCAGs, quando a transição médica é necessária. É crucial que os cuidados de afirmação de género não sejam bloqueados, a menos que, em alguns casos extremamente raros, exista evidência robusta de que tal seja necessário para evitar uma descompensação grave, com risco de causar lesões à própria pessoa ou a terceiros. Nesses casos, é igualmente importante ter em consideração os riscos que o atraso nos PMCAGs representam para a saúde mental e física de uma pessoa TGD (Byne et al., [2018](#)).

De um modo geral, tanto a transição social como a médica de pessoas TGD está associada a uma redução dos problemas de saúde mental (Aldridge et al., [2020](#); Bouman et al., [2017](#); Durwood et al., [2017](#); Glynn et al., [2016](#); Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., [2015](#); Witcomb et al., [2018](#)). Infelizmente, a perda de apoio social e a pressão física e financeira, que podem estar associadas ao início dos PMCAGs, podem exacerbar problemas de saúde mental preexistentes e exigir apoio adicional por parte de quem presta cuidados de saúde. (Budge et al., [2013](#); Yang, Wang e outros., [2016](#)). Uma avaliação dos sintomas associados à saúde mental pode melhorar os resultados da transição, especialmente quando a avaliação é usada para facilitar o acesso a apoio psicológico e social durante a transição (Byne e outros., [2012](#)). Em circunstâncias raras, pode ser considerado um atraso na transição; por exemplo, caso a pessoa TGD seja incapaz de se envolver no processo de transição, ou seja, incapaz de manter os cuidados pós-operatórios, mesmo com apoio. Sempre que se considere necessário, como último recurso, atrasar a realização de PMCAG, a pessoa profissional de saúde deve disponibilizar recursos e apoio para melhorar a saúde mental e facilitar o regresso ao processo do PMCAG, logo que possível. Deve ser realçado que o acesso à transição médica para pessoas TGD facilita a transição social e melhora a sua segurança em público (Rood e outros., [2017](#)). Por sua vez, o nível de conformidade entre a aparência da pessoa TGD e a sua identidade de

gênero é o melhor indicador de qualidade de vida e de resultados a nível da saúde mental, após a transição médica (Austin & Goodman, [2017](#)). Atrasar o acesso a PMCAGs, devido à presença de problemas de saúde mental, pode exacerbar os sintomas (Owen-Smith et al., [2018](#)) e prejudicar os relacionamentos emocionais e sociais; por isso, deve ser apenas uma solução de último recurso, quando já tenham sido esgotadas todas as outras opções.

Declaração 5.3.e

Assegurem que todas as condições de saúde física, que possam influenciar negativamente o resultado dos procedimentos médicos de afirmação de género, sejam avaliadas, com análise de riscos e benefícios, antes de ser tomada uma decisão relativamente ao procedimento.

Em casos raros, os PMCAGs, como intervenções hormonais e cirúrgicas, podem ter consequências iatrogénicas ou exacerbar condições preexistentes de saúde física (Hembree et al., [2017](#)). Nestes casos, sempre que possível, devem tratar-se os problemas preexistentes de saúde física, quando se iniciam (se adequado) ou continuam os procedimentos de afirmação de género. Qualquer interrupção do procedimento deve ser tão breve quanto possível, devendo este ser reiniciado logo que possível. Poucos dados e resultados inconsistentes sugerem uma associação entre riscos cardiovasculares e metabólicos e terapia hormonal em pessoas adultas TGD (Getahun, [2018](#); Iwamoto, Defreyne et al., [2019](#); Iwamoto et al., [2021](#); Spanos et al., [2020](#)). Tendo em consideração os possíveis danos, relacionados com procedimentos de longo prazo, e os prováveis benefícios previstos devido às medidas preventivas implementadas, antes e durante a terapia hormonal, é importante realizar uma avaliação cuidadosa das condições de saúde física, antes do início do procedimento. Algumas circunstâncias específicas, tais como antecedentes de cancro sensível a hormonas,

podem exigir avaliações e ponderações adicionais que podem impedir a terapia hormonal (Center of Excellence for Transgender Health, [2016](#); Hembree et al., [2017](#)).

Preocupações semelhantes podem surgir em pessoas adultas TGD que pretendam ter acesso a intervenções cirúrgicas. Todas as intervenções cirúrgicas de afirmação de género têm riscos específicos e consequências potencialmente desfavoráveis (Bryson & Honig, [2019](#); Nassiri et al., 2020; Remington et al., [2018](#)). No entanto, os riscos específicos da intervenção, associados à presença de determinadas condições físicas, ainda não foram devidamente investigados. Portanto, o tipo de preocupações clínicas suscitadas por pessoas TGD durante a avaliação não são diferentes das de qualquer outra pessoa candidata a cirurgia.

Tendo em consideração as disparidades a nível de saúde física e mental (Brown & Jones, [2016](#)) e as barreiras no acesso aos cuidados de saúde (Safer et al., [2016](#)) que as pessoas TGD enfrentam, a avaliação das condições físicas por profissionais de saúde não se deve limitar ao histórico de intervenções clínicas. Se a pessoa TGD tiver problemas de saúde física, é importante que essas condições sejam tratadas quando se iniciam ou continuam os PMCAGs, sempre que possível. Qualquer interrupção do procedimento deve ser realizada tendo como objetivo o reinício daquele logo que possível. Também é importante que profissionais de saúde desenvolvam uma estratégia de tratamento para as condições físicas que promova a saúde e incentive uma adesão consistente ao plano de tratamento.

Declaração 5.3.f

Avaliem a capacidade de consentimento para a realização dos procedimentos de afirmação de género específicos, antes do início desses procedimentos.

O hábito do consentimento informado para o procedimento é fundamental para a prestação

de cuidados de saúde. O consentimento informado baseia-se no princípio ético de que quem recebe cuidados de saúde deve compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados e todas as consequências possíveis que daí possam advir. A importância do consentimento informado está integrada em muitas práticas legislativas e regulamentares que orientam profissionais de saúde em todo o mundo (Jefford & Moore, 2008). Não é possível conhecer todas as consequências possíveis de um determinado procedimento de prestação de cuidados de saúde; em vez disso, ter em consideração o que é «razoavelmente» espectável é frequentemente usado como critério mínimo para o consentimento (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016), o que também se aplica aos PMCAGs. A capacidade para dar consentimento a um determinado procedimento de cuidados de saúde ou intervenção clínica implica vários processos cognitivos complexos.

O consentimento requer a capacidade cognitiva de compreender os riscos e os benefícios de um procedimento e os possíveis resultados positivos e negativos, para além da capacidade de reter essas informações para poder tomar uma decisão (usando ajudas, se necessário) e a capacidade cognitiva de usar esse conhecimento para tomar uma decisão informada (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). É essencial que a pessoa TGD e a pessoa profissional de saúde avaliadora tenham em consideração, previamente, a natureza do procedimento pretendido e os possíveis efeitos positivos e negativos que pode ter sobre as componentes biológica, psicológica e social da vida da pessoa TGD.

É importante admitir que a presença de doença mental, em especial os sintomas de comprometimento cognitivo ou de psicose, pode afetar a capacidade de uma pessoa para dar consentimento sobre PMCAGs (Hostiuc et al., 2018). No entanto, a presença desses sintomas não equivale, obrigatoriamente, a

uma incapacidade para dar consentimento, porque muitas pessoas com sintomas significativos associados à doença mental, são capazes de compreender o suficiente sobre os riscos e os benefícios do procedimento, para poder tomar uma decisão informada (Carpenter et al., 2000). Em vez disso, é importante que seja realizada uma avaliação cuidadosa, que avalie a capacidade de cada pessoa TGD de compreender a natureza do PMCAG específico que está a ser ponderado, de ter em consideração as opções de procedimentos disponíveis, incluindo os riscos e os benefícios, de avaliar as possíveis consequências de curto e longo prazo da decisão e de comunicar a sua escolha de modo a ser submetida ao procedimento (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Pode haver situações em que uma pessoa não tenha a capacidade de dar consentimento à prestação de cuidados de saúde, como durante um episódio psicótico agudo ou em casos em que uma pessoa apresente comprometimento cognitivo de longo prazo. No entanto, os limites à capacidade de dar consentimento para o procedimento não devem impedir que as pessoas tenham acesso aos PMCAGs adequados. Em alguns casos, a compreensão dos riscos e dos benefícios pode exigir a repetição das explicações, com uma linguagem sem termos técnicos, ao longo do tempo, ou a utilização de esquemas para facilitar a explicação e ajudar na compreensão. Uma avaliação abrangente e minuciosa, realizada pela equipa multidisciplinar de saúde, pode fornecer informações adicionais para o processo. Noutros casos, pode ser necessário nomear uma terceira pessoa para tomar a decisão, seja tutora ou decisora independente, aprovada pela entidade reguladora. Estas situações têm de ser avaliadas caso-a-caso, com o objetivo de garantir que a pessoa recebe os cuidados de saúde mais afirmativos e menos restritivos possível. Consultar também Capítulo 11 - Pessoas Institucionalizadas.

Declaração 5.3.g

Avaliem a capacidade da pessoa adulta transgênero e de gênero diverso, para compreender o efeito do procedimento de afirmação de gênero sobre a reprodução, explorando as opções reprodutivas com a pessoa antes do início do procedimento de afirmação de gênero.

Dado que as intervenções médicas de afirmação de gênero afetam frequentemente a capacidade reprodutiva, as pessoas profissionais de saúde devem assegurar que a pessoa TGD toma conhecimento das implicações que os procedimentos podem ter sobre a reprodução, e que esteja familiarizada com a preservação de gâmetas e com as opções de técnicas de procriação medicamente assistida. As terapias hormonais de afirmação de gênero demonstraram influenciar as funções reprodutoras e a fertilidade, apesar de as consequências serem heterogêneas, independentemente do sexo atribuído à nascença (Adeleye et al., [2019](#); Jindarak et al., [2018](#); Taub et al., [2020](#)). Esses efeitos podem apresentar diferenças e flutuações individuais em pessoas adultas TGD. Consequentemente, é essencial que profissionais de saúde informem a pessoa TGD sobre o possível impacto do procedimento sobre a sua capacidade reprodutiva, durante a avaliação e como parte da avaliação da capacidade da pessoa para dar o seu consentimento aos PMCAGs. As opções reprodutivas devem ser ponderadas e analisadas antes do início dos procedimentos de afirmação de gênero. Dado que a literatura não é clara sobre a possibilidade de conceber durante a terapia hormonal, têm de ser dadas informações sobre a necessidade de usar métodos contraceptivos para evitar gravidezes indesejadas e sobre os diferentes métodos disponíveis (Light et al., [2014](#); Schubert & Carey, [2020](#)).

Estudos transversais em amostras clínicas e não clínicas, de diferentes populações, relatam, de forma consistente, que pessoas adultas TGD referem o desejo de

parentalidade e pretendem preservar a fertilidade, com taxas variáveis relacionadas com idade, gênero e duração da terapia hormonal de afirmação de gênero (Auer et al., [2018](#); De Sutter et al., [2002](#); Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., [2020](#); Wierckx, Stuyver et al., [2012](#)). Numa pequena amostra, verificou-se que a disponibilização de informação sobre fertilidade influenciava a tomada de decisões relacionadas com a utilização da preservação da fertilidade (Chen et al., [2019](#)). Apesar de não ter sido realizada nenhuma comparação entre os grupos que receberam e os que não receberam aconselhamento sobre fertilidade, verificaram-se altas taxas de preservação da fertilidade, após aconselhamento abrangente sobre fertilidade em pessoas transgênero (Amir et al., [2020](#)). Além disso, um estudo sugeriu que uma consulta, com uma pessoa especialista, reduz o arrependimento relacionado com a decisão de prosseguir ou não com os procedimentos de preservação da fertilidade (Vyas et al., [2021](#)). Para mais informações, consulte o Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

Declaração 5.4

Como parte integrante da avaliação sobre procedimentos hormonais ou cirúrgicos de afirmação de gênero, sugerimos que profissionais, que possuam competências na avaliação de pessoas transgênero e de gênero diverso, que pretendem realizar procedimentos médicos relacionados com o gênero, ponderem, juntamente com a pessoa, o papel da transição social.

A transição social pode ser extremamente benéfica para muitas pessoas TGD, embora nem todas sejam capazes de a fazer ou o pretendam fazer (Bränström & Pachankis, [2021](#); Koehler et al., [2018](#); Nieder, Eyssel et al., [2020](#)). Consequentemente, há pessoas TGD que procuram as intervenções de afirmação de gênero após a transição social, outras antes, outras durante e outras ainda sem existência de qualquer transição social.

A transição social e a divulgação da identidade de género podem melhorar a saúde mental de uma pessoa TGD que pretenda realizar intervenções de afirmação de género (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). Além disso, as cirurgias mamárias (ou ao peito) e faciais, antes da terapia hormonal, podem facilitar a transição social (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). Como parte do processo de avaliação, as pessoas profissionais de saúde devem dialogar com a pessoa TGD sobre qual o papel social mais confortável para si, no caso de ser ponderada uma transição social, e qual o melhor momento para qualquer transição social planeada (Barker & Wylie, 2008). É imperativo que, durante o processo de avaliação, as pessoas profissionais de saúde respeitem a ampla diversidade de papéis sociais de género, incluindo tanto identidades e apresentações binárias como não binárias, que variam de acordo com perspetivas culturais, individuais e da comunidade local.

Nem todas as pessoas que solicitam PMCAGs pretendem fazer, ou serão capazes de fazer, uma transição social. Sabe-se muito pouco sobre pessoas TGD que não fazem a transição social, nem antes, nem durante, nem depois do procedimento clínico, dado que esse facto não foi estudado sistematicamente. Os motivos mais frequentes que foram identificados para evitar a transição social são o medo do abandono por familiares ou pessoas amigas, o receio de perdas económicas (Bradford et al., 2013) e o medo de ser alvo de discriminação e estigmatização (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015). No entanto, algumas pessoas não pretendem a transição social apenas porque sentem que os procedimentos hormonais ou cirúrgicos proporcionam uma melhoria subjetiva suficiente para reduzir a disforia de género.

Se não existir um plano claro para a transição social, ou caso não se pretenda uma transição

social, é importante realizar uma avaliação adicional para determinar a natureza e oportunidade específicas do pedido de procedimento, especialmente se se tratar de um procedimento cirúrgico. A avaliação adicional pode proporcionar à pessoa TGD a oportunidade de avaliar os possíveis efeitos de não fazer a transição social, realizando ainda assim os PMCAGs. Dada a falta de dados sobre o impacto na saúde em pessoas TGD que não realizem uma transição social (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), a abordagem aos PMCAGs deve ser feita com cautela nessas circunstâncias.

Declaração 5.5

Recomendamos que pessoas adultas transgénero e de género diverso, que cumpram os critérios para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género, necessitem apenas de um único parecer, emitido por profissional que possua competências na avaliação de pessoas transgénero e de género diverso, que pretendem procedimentos médico-cirúrgicos relacionados com género.

Nas versões anteriores das SOC era exigido que as pessoas TGD fossem avaliadas por duas pessoas profissionais de saúde qualificadas, para aceder a PMCAGs. Acreditava-se que ter dois pareceres independentes era a melhor prática, já que garantia a segurança tanto para pessoas TGD como para profissionais de saúde. Por exemplo, supunha-se que consultar duas pessoas profissionais de saúde oferecia mais segurança tanto para estas como para as pessoas TGD avaliadas, quando estivessem em causa intervenções médicas irreversíveis.

No entanto, a reduzida investigação nesta área indica que dois pareceres são amplamente desnecessários. Por exemplo, Jones, Brewin e colegas (2017) fizeram a revisão de anotações de casos de profissionais de saúde experientes, que trabalham num departamento de diversidade de género financiado pelo estado, e descobriram que havia uma correlação

esmagadora entre ambos os pareceres - tornando indubitavelmente redundante um dos dois. Além disso, Bouman e colegas (2014) verificaram que a exigência de duas pessoas avaliadoras independentes apenas refletia o paternalismo dos serviços de saúde e poderia constituir uma violação da autonomia das pessoas TGD. Os autores propuseram que, quando as pessoas são devidamente preparadas e avaliadas, sob os cuidados de uma equipa multidisciplinar, uma segunda avaliação independente é desnecessária.

Consequentemente, se for exigida documentação escrita, ou uma carta, para recomendar procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (PM-CAG), as pessoas TGD que pretendam procedimentos, incluindo hormonas e cirurgias genitais, mamárias, faciais e outras cirurgias de afirmação de género, apenas necessitam de um único parecer, ou assinatura escrita, de uma pessoa profissional de saúde idónea para avaliar e diagnosticar de forma independente (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021). Poderão ser necessários pareceres ou assinaturas escritas adicionais quando se trate de uma necessidade clínica específica.

Declaração 5.6

Sugerimos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas transgénero e de género diverso, que pretendem realizar gonadectomia, ponderem um mínimo de 6 meses de terapia hormonal, conforme adequado para os objetivos de género da pessoa TGD, antes de a pessoa TGD ser submetida a intervenções cirúrgicas irreversíveis (a menos que as hormonas não sejam clinicamente indicadas para a pessoa).

As Orientações de Prática Clínica da Sociedade de Endocrinologia recomendam um período de terapia hormonal consistente antes da cirurgia genital (Hembree et al., 2017). Embora existam poucos estudos que a sustentem, esta recomendação foi considerada como uma boa prática clínica, dado que

permite uma experiência mais reversível antes da experiência irreversível da cirurgia. Por exemplo, pode haver alterações no desejo sexual após a cirurgia genital que remove os testículos (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). Neste contexto, a supressão reversível de testosterona pode proporcionar à pessoa TGD um período de tempo para experimentar a ausência de testosterona e decidir se se sente bem com isso. Chama-se a atenção para o facto de os efeitos da redução de estrogénio sobre o desejo e o desempenho sexual de uma pessoa TGD, após uma ooforectomia, estarem menos bem documentados.

A cirurgia de remoção de gônadas é um procedimento irreversível, que leva à perda de fertilidade e à perda dos efeitos dos esteroides sexuais endógenos. Ambos os efeitos devem ser analisados como parte do processo de avaliação. Para mais informações, consulte o Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva. Obviamente, as hormonas não estão clinicamente indicadas para pessoas adultas TGD que não as pretendam, ou nos casos em que são contraindicadas por motivos de saúde. Para mais informações, consulte o Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios.

Declaração 5.7

Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas, que pretendam reverter a transição e solicitem procedimento hormonal ou procedimento cirúrgico relacionados com género, ou ambos, recorram a uma avaliação multidisciplinar abrangente, que inclua pontos de vista adicionais de profissionais de saúde com experiência em saúde transgénero e que analisem, juntamente com a pessoa, e como parte do processo de avaliação, o papel da transição social.

Muitas pessoas adultas TGD podem ponderar uma vasta gama de identidades e de elementos de apresentação de género, enquanto exploram a sua identidade de género e

analisam as opções de transição. De igual modo, as pessoas podem passar algum tempo com uma identidade ou apresentação de gênero, antes de descobrirem que não se sentem confortáveis e, mais tarde, adaptá-la ou mudar para uma identidade ou apresentação anteriores (Turban, King et al., [2021](#)). Algumas pessoas adultas TGD também podem sentir uma alteração da sua identidade de gênero ao longo do tempo, pelo que as suas necessidades de procedimentos médicos também podem evoluir. Este é um processo saudável e razoável para determinar o modo de vida mais confortável e congruente, que é informado pela identidade de gênero da pessoa e pelas suas circunstâncias de vida. Este processo de exploração de identidade não tem de estar necessariamente associado a arrependimento, confusão ou a decisões erradas, porque a identidade de gênero de uma pessoa adulta TGD pode mudar sem desvalorizar as decisões anteriores sobre a sua transição (MacKinnon et al., [2021](#); Turban, Loo et al., [2021](#)). As pessoas adultas devem ser apoiadas nesta exploração e em quaisquer outras alterações da sua identidade (Expósito-Campos, [2021](#)). Enquanto durar o período de exploração, os procedimentos de afirmação de gênero irreversíveis devem ser evitados, até ser alcançada uma certeza sobre objetivos e resultados de longo prazo.

A decisão de destransicionar parece ser rara (Defreyne, Motmans et al., [2017](#); Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., [2018](#)). Muito provavelmente, as estimativas sobre o número de pessoas que destransicionam são inflacionadas, porque os estudos misturam coortes diferentes (Expósito-Campos, [2021](#)). Por exemplo, as coortes de investigação sobre destransição incluem, geralmente, pessoas adultas TGD que escolheram destransicionar devido a uma alteração da sua identidade, bem como pessoas adultas TGD que escolheram destransicionar sem qualquer alteração na identidade. Apesar de haver muito poucos estudos realizados para examinar, de forma sistemática, as variáveis

que se correlacionam com a decisão de uma pessoa adulta TGD de interromper um processo de transição ou de destransicionar, um estudo recente descobriu que a grande maioria de pessoas TGD que optaram pela destransição, o fez devido a fatores externos, tais como estigmatização e falta de apoio social, e não por causa de alterações na identidade de gênero (Turban, King et al., [2021](#)). As pessoas adultas TGD, que não tenham sentido uma alteração de identidade, podem optar por interromper a transição ou por destransicionar por causa da opressão, da violência, de conflitos sociais ou relacionais, de complicações cirúrgicas, de preocupações com a saúde, de contraindicações físicas, de falta de recursos ou de insatisfação com os resultados (Expósito-Campos, [2021](#)). Nesses casos, profissionais de saúde mental estão numa ótima posição para apoiar a pessoa TGD a enfrentar esses desafios.

Embora a opção pela destransição seja extremamente rara, prevê-se que um aumento global do número de pessoas adultas que se identificam como TGD tenha como consequência um aumento do número absoluto de pessoas que pretendem interromper ou reverter uma transição. No entanto, embora os números absolutos possam aumentar, a percentagem de pessoas que pretendem interromper ou reverter mudanças físicas permanentes deverá permanecer estabilizada e baixa. A existência destes pedidos raros não deve ser usada como justificação para interromper cuidados críticos e clinicamente necessários, incluindo procedimentos hormonais e cirúrgicos, para a grande maioria de pessoas adultas TGD.

Devido ao volume reduzido de investigação nesta área, as orientações clínicas baseiam-se, principalmente, em estudos de casos individuais e nos pareceres especializados de profissionais de saúde que trabalham com pessoas adultas TGD (Expósito-Campos, [2021](#); Richards & Barrett, [2020](#)). Consequentemente, se uma pessoa adulta TGD foi submetida a

mudanças físicas permanentes e pretende revertê-las, quem faz a sua avaliação de saúde deverá pertencer a uma equipa de avaliação multidisciplinar e abrangente. Uma equipa multidisciplinar permite contributos de pontos de vista adicionais, de profissionais de saúde com experiência em saúde transgénero. É recomendado que a equipa multidisciplinar, em colaboração com a pessoa adulta TGD, tente entender totalmente as motivações para o procedimento original e para a decisão de destransicionar. Todas as preocupações com as mudanças físicas anteriores devem ser cuidadosamente exploradas, devendo ser feito um esforço significativo para garantir que não surjam preocupações semelhantes após a reversão.

Para garantir a maior probabilidade de satisfação e conforto com uma reversão de mudanças físicas permanentes, a pessoa adulta TGD e a equipa multidisciplinar devem explorar o papel da transição social na avaliação e na preparação para a reversão. Nesses casos, é extremamente provável que seja necessário um longo período de vivência nesse papel, antes que sejam recomendadas mudanças físicas adicionais. Profissionais de saúde devem apoiar a pessoa adulta TGD ao longo de todas as mudanças sociais e também perante sentimentos de fracasso, vergonha, depressão ou culpa na decisão de fazer essa mudança. Além disso, as pessoas devem ter apoio para lidar com o preconceito ou com as dificuldades sociais que possam ter enfrentado e que as possa ter levado a tomar a decisão de destransicionar, ou que possa ser consequência dessa decisão. Também é importante ajudar a pessoa a permanecer comprometida com os cuidados de saúde durante todo o processo (Narayan et al., [2021](#)).

Embora a investigação disponível apresente resultados positivos consistentes para a maioria das pessoas adultas TGD que optam por fazer a transição (Aldridge et al., [2020](#); Byne et al., [2012](#); Gorin-Lazard et al., [2012](#); Owen-Smith et al., [2018](#); White Hughto & Reisner, [2016](#)), algumas pessoas adultas TGD podem descompensar ou sentir um agravamento da condição após a transição. Foram realizados muito poucos estudos que examinem, de forma sistemática, variáveis que se correlacionem com más condições biológicas, psicológicas ou sociais ou com o seu agravamento após a transição (Hall et al., [2021](#); Littman, [2021](#)); no entanto, essa ocorrência parece ser rara (Hall et al., [2021](#); Wiepjes et al., [2018](#)). Nos casos em que as pessoas descompensam após a transição física ou social, ficando, depois, num estado biológico, psicológico ou social pior do que aquele em que se encontravam antes da transição, deve ser seriamente equacionada a utilidade da transição, para a pessoa em concreto, ou para aquele momento, ou para ambos. Nos casos em que os procedimentos deixam de ser apoiados, deve ser providenciada assistência para ajudar a pessoa a gerir o processo de interrupção do procedimento e a lidar com quaisquer dificuldades concomitantes (Narayan et al., [2021](#)).

É crucial que as pessoas que destransicionam, independentemente do motivo, sejam apoiadas. Deve recordar-se, no entanto, que esta é uma ocorrência rara e que a literatura demonstra, de forma consistente, resultados positivos para a grande maioria das pessoas adultas TGD que fazem a transição para um género que lhes é confortável, incluindo as que realizam PMCAGs (Byne et al., [2012](#); Green & Fleming, [1990](#); Lawrence, [2003](#); Motmans et al., [2012](#); Van de Grift, Elaut et al., [2018](#)).

CAPÍTULO 6 Adolescentes

Contexto histórico e alterações desde as anteriores Normas de Cuidados de Saúde

Os cuidados de saúde especializados, para adolescentes transgênero, começaram na década de 1980, quando algumas clínicas, especializadas em diversidade de gênero, direcionadas para jovens, começaram a abrir, um pouco por todo o mundo, atendendo um número relativamente pequeno de crianças e adolescentes. Nos últimos anos, houve um aumento acentuado no número de adolescentes que solicita cuidados de saúde, relacionados com gênero (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Desde então, abriram novas clínicas, mas os serviços clínicos, em muitos locais, não conseguiram acompanhar o número crescente de jovens que procura cuidados. Por isso, há, frequentemente, longas listas de espera para os serviços e obstáculos no acesso a cuidados de saúde, para muitas pessoas jovens transgênero, em todo o mundo (Tollit et al., 2018).

Até recentemente, havia pouca informação sobre a prevalência da diversidade de gênero entre adolescentes. Estudos realizados com amostras provenientes de escolas secundárias indicam taxas muito mais elevadas do que se pensava, com relatos de até 1,2% de participantes a identificarem-se como transgênero (Clark et al., 2014) e até 2,7% ou mais (por exemplo, 7 - 9%) a vivenciar algum nível de diversidade de gênero autorrelatado (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Esses estudos sugerem que a diversidade de gênero na juventude não pode continuar a ser vista como rara. Além disso, foi relatado um padrão, de proporções desiguais, dependendo do sexo atribuído, verificado em clínicas de diversidade de gênero, com adolescentes a quem tinha sido atribuído o sexo feminino à nascença (ASFAN) a iniciar os cuidados de saúde com uma frequência 2,5 - 7,1 vezes superior, comparativamente a adolescentes a quem tinha sido atribuído o

sexo masculino à nascença (ASMAN) (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020).

As Normas de Cuidados de Saúde da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH) incluíram, pela primeira vez, uma secção dedicada às necessidades de crianças e adolescentes, na 5ª Versão das Normas de Cuidados de Saúde da WPATH de 1998 (Levine et al., 1998). Pessoas jovens, com idade igual ou superior a 16 anos, foram consideradas como possivelmente elegíveis para cuidados médicos de afirmação de gênero, mas apenas em casos selecionados. As versões subsequentes, 6ª (Meyer et al., 2005) e 7ª (Coleman et al., 2012), dividiram os procedimentos médicos, de afirmação de gênero, para adolescentes, em três categorias e apresentaram critérios de elegibilidade, relativamente à idade ou à fase pubertária - nomeadamente, bloqueadores da puberdade, de efeito totalmente reversível, assim que a puberdade começasse; terapia hormonal parcialmente reversível (testosterona, estrogénio), para adolescentes na maioridade, que era de 16 anos em determinados países europeus; e cirurgias irreversíveis a partir dos 18 anos, exceto para mastectomia «masculinizante», que tinha uma idade mínima de 16 anos. Critérios adicionais de elegibilidade, para cuidados médicos relacionados com o gênero, incluíam um historial longo (desde a infância) e persistente de «desconformidade» ou disforia de gênero, que surgia ou se intensificava no início da puberdade; ausência ou estabilização de problemas psicológicos, médicos ou sociais que interferissem com os procedimentos; existência de apoio para o início da intervenção por parte de pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais; e disponibilização de consentimento informado. Na 8ª edição das Normas de Cuidados de Saúde, foi criado um capítulo dedicado a adolescentes transgênero e de gênero diverso (TGD), separado do das

crianças, tendo em consideração 1) o crescimento exponencial das taxas de referenciação de adolescentes; 2) o aumento do número de estudos específicos sobre cuidados relacionados com diversidade de gênero na adolescência; e 3) as questões de desenvolvimento e de cuidados de saúde de afirmação de gênero específicas deste grupo etário.

São evitados termos não específicos para os cuidados de saúde relacionados com o gênero (por exemplo, modelo de afirmação de gênero, modelo exploratório de gênero), dado que esses termos não representam práticas uniformizadas, mas antes práticas de cuidados heterogêneas, que são definidas de forma diferente consoante as circunstâncias.

Visão geral da adolescência

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado pela relativamente rápida maturação física e psicológica, que estabelece a ponte entre a infância e a idade adulta (Sanders, 2013). Ocorrem, em simultâneo, diversos processos de desenvolvimento, incluindo mudanças que assinalam a puberdade. Os sistemas cognitivos, emocionais e sociais amadurecem e as mudanças físicas, associadas à puberdade, progridem. Estes processos não começam nem terminam todos ao mesmo tempo, para uma determinada pessoa, nem ocorrem na mesma idade para todas as pessoas. Consequentemente, os limites inferior e superior da adolescência são imprecisos e não podem ser definidos exclusivamente pela idade. Por exemplo, as alterações pubertárias físicas podem ter início no final da infância e os sistemas neuronais de controle executivo continuam a desenvolver-se até depois dos 20 anos de idade (Ferguson et al., 2021). Não existe uniformidade na forma como os diversos países e governos definem a maioridade (ou seja, o estatuto legal para tomar decisões; Dick et al., 2014). Enquanto muitos definem a maioridade aos 18 anos de

idade, em alguns países é logo aos 15 anos (por exemplo, Indonésia e Mianmar) e em outros só aos 21 anos (por exemplo, o estado americano do Mississippi e Singapura).

Para que seja claro, este capítulo aplica-se a adolescentes, desde o início da puberdade até à maioridade legal (que, na maioria dos casos, é aos 18 anos); no entanto, neste capítulo, existem elementos sobre o desenvolvimento, incluindo a importância do envolvimento de pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais, que são frequentemente relevantes para os cuidados de saúde de pessoas jovens adultas, que transicionam, e que devem ser devidamente equacionados.

O desenvolvimento cognitivo na adolescência é, frequentemente, caracterizado por melhorias no pensamento abstrato, no raciocínio complexo e na metacognição (ou seja, a capacidade de uma pessoa jovem para refletir sobre os seus próprios sentimentos, relativamente ao modo como as outras pessoas a percebem; Sanders, 2013). A capacidade de equacionar situações hipotéticas permite que uma pessoa jovem conceptualize as implicações relativas a uma determinada decisão. No entanto, a adolescência também é frequentemente associada ao aumento de comportamentos de risco. Juntamente com essas mudanças notáveis, a adolescência é, frequentemente, caracterizada pela individuação, relativamente a responsáveis parentais, e pelo desenvolvimento de uma maior autonomia pessoal. Muitas vezes, há um foco maior nas relações entre pares, que tanto podem ser positivas como prejudiciais (Gardner & Steinberg, 2005). As pessoas adolescentes sentem, frequentemente, uma sensação de urgência, que decorre da hipersensibilidade à recompensa, tendo sido demonstrado que o seu sentido de oportunidade é diferente do de pessoas mais velhas (Van Leijenhorst et al., 2010).

Habitualmente, o desenvolvimento socioemocional progride durante a

adolescência, embora exista uma enorme variabilidade entre as pessoas jovens, em termos do nível de maturidade aplicado à comunicação e à percepção inter e intrapessoal (Grootens-Wiegers et al., [2017](#)). Para adolescentes TGD, que tomam decisões sobre procedimentos de afirmação de gênero - decisões que podem ter consequências para o resto da vida -, é fundamental entender como todos esses aspectos do desenvolvimento podem influenciar a tomada de decisões de uma determinada pessoa jovem, no âmbito do seu contexto cultural específico.

Desenvolvimento da identidade de gênero na adolescência

O nosso entendimento sobre o desenvolvimento da identidade de gênero na adolescência continua a evoluir. Quando se prestam cuidados clínicos a jovens de gênero diverso e às suas famílias, é importante ter noção do que se sabe e do que não se sabe sobre identidade de gênero durante o desenvolvimento (Berenbaum, [2018](#)). Quando se ponderam procedimentos, as famílias podem ter dúvidas sobre o desenvolvimento da identidade de gênero da pessoa adolescente e sobre se o gênero declarado pela pessoa adolescente se irá manter igual ao longo do tempo. Para algumas pessoas adolescentes, uma identidade de gênero declarada, que difere do sexo atribuído à nascença, não constitui qualquer surpresa para as pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais, já que o histórico de expressão de gênero diverso remonta à infância (Leibowitz & de Vries, [2016](#)). Para outras, essa declaração só ocorre quando do aparecimento de alterações púberes, ou, até, quando a adolescência já está numa fase muito avançada (McCallion et al., [2021](#); Sorbara et al., [2020](#)).

Historicamente, os estudos de aprendizagem social e desenvolvimento cognitivo, sobre o desenvolvimento de gênero foram realizados, principalmente, com jovens que não apresentavam nem identidade nem expressão

de gênero diverso e foram executados com a premissa de que o sexo se correlacionava com um gênero específico; portanto, foi dada pouca atenção ao desenvolvimento da identidade de gênero. Para além dos fatores biológicos, que influenciam o desenvolvimento do gênero, esta investigação demonstrou que os fatores psicológicos e sociais também desempenham um papel (Perry & Pauletti, [2011](#)). Embora tenha havido uma menor atenção sobre o desenvolvimento da identidade de gênero em jovens TGD, há vastos motivos para supor que, para além dos fatores biológicos, os fatores psicossociais também estarão envolvidos (Steensma, Kreukels et al., [2013](#)). Para algumas pessoas jovens, o desenvolvimento da identidade de gênero parece fixo e, muitas vezes, esta é expressa desde tenra idade, enquanto que, para outras, pode haver um processo de desenvolvimento, que contribui para o desenvolvimento da identidade de gênero ao longo do tempo.

Estudos de neuroimagem, estudos genéticos e outros estudos hormonais, em pessoas intersexo, demonstram a existência de um contributo biológico para o desenvolvimento da identidade de gênero, em algumas pessoas cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído à nascença (Steensma, Kreukels et al., [2013](#)). Como as famílias, muitas vezes, têm dúvidas sobre esta questão em particular, é importante realçar que não é possível distinguir entre aquelas para quem a identidade de gênero pode parecer fixada desde o nascimento e aquelas para quem o desenvolvimento da identidade de gênero parece ser um processo de desenvolvimento. Uma vez que é impossível identificar, de forma conclusiva, as contribuições individuais dos vários fatores que influenciam o desenvolvimento da identidade de gênero, em determinada pessoa jovem, é importante e necessária uma abordagem clínica abrangente (ver Declaração 3). A investigação futura irá ajudar a esclarecer o desenvolvimento da identidade de gênero, se for realizada durante longos períodos de tempo, com diversos

grupos de coorte.

A conceptualização da identidade de gênero, passando de uma categorização dicotômica (por exemplo, binária), de masculino e feminino, para um espectro de gênero dimensional ao longo de um contínuo (APA, [2013](#)), também será necessária.

A adolescência pode ser um período crítico para o desenvolvimento da identidade de gênero, para jovens de gênero diverso (Steensma, Kreukels et al., [2013](#)). Estudos longitudinais holandeses, de acompanhamento clínico de adolescentes com disforia de gênero na infância, que receberam supressão da puberdade, hormonas de afirmação de gênero, ou ambas, descobriram que nenhuma das pessoas jovens, na idade adulta, se arrependeu das decisões que tomou na adolescência (Cohen-Kettenis & van Goozen, [1997](#); de Vries et al. [2014](#)). Estes resultados sugerem que pessoas adolescentes, que foram avaliadas de forma abrangente e consideradas suficientemente maduras, do ponto de vista emocional, para tomar decisões sobre cuidados de saúde de afirmação de gênero, apresentam estabilidade da identidade de gênero, durante os períodos de tempo em que os estudos foram conduzidos.

Quando se extrapolam os resultados dos estudos longitudinais holandeses, de coorte de longo prazo, para adolescentes de gênero diverso atuais, que procuram cuidados de saúde, é fundamental considerar as mudanças sociais que ocorreram ao longo do tempo em relação às pessoas TGD. Dado o aumento da visibilidade das identidades TGD, é importante compreender de que modo é que o aumento do conhecimento pode influenciar o desenvolvimento do gênero de diferentes formas (Kornienko et al., [2016](#)). Uma tendência identificada é a de que há mais jovens a apresentar-se nas clínicas de diversidade de gênero com identidades não binárias (Twist & de Graaf, [2019](#)). Outro fenómeno, que ocorre na prática clínica, é o aumento do número de

adolescentes que procuram cuidados de saúde e que, aparentemente, não sentiram ou não expressaram (ou não sentiram nem expressaram) diversidade de gênero durante a infância. Um investigador tentou estudar e descrever uma forma específica de experiência de diversidade de gênero, que ocorre numa fase posterior (Littman, [2018](#)). No entanto, os resultados do estudo devem ser analisados tendo em consideração desafios metodológicos significativos, incluindo 1) o estudo incidia sobre as perspetivas de responsáveis parentais e não das pessoas jovens; e 2) o recrutamento incluiu responsáveis parentais provenientes de contextos comunitários em que os procedimentos para a disforia de gênero são olhados com ceticismo e criticados. No entanto, esses resultados não foram replicados. Para um subgrupo restrito de jovens, a suscetibilidade à influência social, que afeta o gênero, pode ser um fator diferencial importante a ter em consideração (Kornienko et al., [2016](#)). No entanto, deve ter-se o cuidado de evitar presumir que estes fenómenos ocorrem prematuramente numa determinada pessoa adolescente, com base em informações oriundas de conjuntos de dados que podem ter sido determinados com possível enviesamento de amostragem (Bauer et al., [2022](#); WPATH, 2018). É importante ter em consideração os benefícios que o vínculo social pode ter para pessoas jovens, com laços a outras que as apoiam (Tuzun et al., [2022](#)) (ver Declaração 4).

Dada a natureza emergente do conhecimento sobre o desenvolvimento da Identidade de gênero em adolescentes, uma abordagem individualizada dos cuidados clínicos é considerada tanto ética como necessária. Tal como em todas as áreas da medicina, todos os estudos têm limitações metodológicas e as conclusões retiradas da investigação não podem nem devem ser aplicadas universalmente a todas as pessoas adolescentes. Isso também é verdade quando

se debatem questões parentais frequentes sobre estabilidade *versus* instabilidade do desenvolvimento da identidade de gênero de uma pessoa jovem em particular. Embora a investigação futura possa estimular a progressão do conhecimento científico, sobre o desenvolvimento da identidade de gênero, poderão sempre existir algumas lacunas. Além disso, perante a ética da autodeterminação nos cuidados de saúde, essas lacunas não podem deixar adolescentes TGD sem cuidados importantes e necessários.

Evidência da investigação sobre procedimentos médicos de afirmação de gênero em adolescentes transgênero

Um dos principais desafios nos cuidados de saúde prestados a adolescentes transgênero é a qualidade da evidência, que avalia a eficácia dos procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero (PMCAAGs), clinicamente necessários (ver declaração sobre clinicamente necessário no capítulo Global, Declaração 2.1), ao longo do tempo. Dadas as implicações, para o resto da vida, do procedimento médico e a idade jovem com que os procedimentos se podem iniciar, as pessoas adolescentes e as responsáveis parentais, bem como as pessoas prestadoras de cuidados, devem ser informadas sobre a natureza do conjunto de evidência. Parece razoável que as decisões sobre avançar com procedimentos médicos e cirúrgicos devam ser tomadas com precaução. Apesar do lento crescimento do corpo de evidência, que sustentam a eficácia da intervenção médica precoce, o número de estudos ainda é reduzido e ainda há poucos resultados de estudos que tenham acompanhado jovens até à idade adulta. Consequentemente, uma revisão sistemática sobre os resultados de procedimentos em adolescentes não é possível. Em vez disso, é disponibilizada uma breve revisão descritiva.

No momento da redação deste capítulo, havia vários estudos longitudinais de coorte, de acompanhamento de longo prazo, que

reportavam resultados positivos, quando o procedimento médico era realizado mais cedo (ou seja, na adolescência); durante bastante tempo, muitos desses estudos foram realizados através de uma clínica holandesa (por exemplo, Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). Os resultados demonstraram que a resolução da disforia de gênero está associada à melhoria da função psicológica e da satisfação com a imagem corporal. A maioria desses estudos seguiu um protocolo metodológico «pré e pós» e comparou os valores basais da função psicológica com os resultados após a prestação de procedimentos médicos de afirmação de gênero. Vários estudos avaliaram aspetos individuais, ou combinações de procedimentos, e incluíram 1) hormonas e cirurgias de afirmação de gênero (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) supressão da puberdade (de Vries, Steensma et al., 2011); e 3) supressão da puberdade, hormonas e cirurgias de afirmação de gênero (de Vries et al., 2014). O estudo de acompanhamento de longo prazo, de 2014, é o único estudo que acompanhou jovens, desde o início da adolescência (pré-procedimento, idade média de 13,6 anos) até à idade adulta jovem (pós-procedimento, idade média de 20,7 anos). Foi o primeiro estudo a mostrar que os procedimentos de afirmação de gênero permitiam que adolescentes transgênero fizessem transições de desenvolvimento, adequadas à idade, enquanto viviam de acordo com o gênero com que se identificavam, com resultados objetivos e subjetivos satisfatórios na idade adulta (de Vries et al., 2014). Apesar de o estudo utilizar uma amostra pequena (n = 55) e socialmente apoiada, os resultados foram convincentes. É importante destacar que as pessoas participantes pertenciam à clínica holandesa, conhecida por utilizar uma abordagem multidisciplinar, incluindo a disponibilização de avaliação e gestão abrangentes e contínuas da disforia de gênero e apoio direcionado para

o bem-estar emocional.

Diversos estudos longitudinais, publicados mais recentemente, acompanharam e avaliaram participantes em diferentes fases dos seus procedimentos de afirmação de género. Nestes estudos, algumas pessoas participantes podiam ainda não ter iniciado procedimentos médicos de afirmação de género, algumas tinham sido submetidas a supressão da puberdade, enquanto outras já tinham iniciado hormonas de afirmação de género ou até mesmo sido submetidas a cirurgias de afirmação de género (CAG) (Achille et al., [2020](#); Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021 ; Carmichael et al., 2021 ; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020, Tordoff et al., 2022). Tendo em consideração a heterogeneidade dos procedimentos e métodos, esse tipo de protocolo torna a interpretação dos resultados mais difícil. No entanto, quando comparados com as avaliações iniciais, os dados demonstram, de forma consistente, a melhoria ou a estabilidade da função psicológica e da imagem corporal e a satisfação com o procedimento, entre os três meses e os dois anos após o início do procedimento.

Os estudos transversais proporcionam outro modelo para a avaliação dos efeitos dos procedimentos de afirmação de género. Um desses estudos comparou a função psicológica em adolescentes transgénero, no início e durante a supressão da puberdade, com o de colegas cisgénero, do ensino secundário, em dois instantes diferentes. No início do estudo, as pessoas jovens transgénero apresentavam uma função psicológica inferior, comparativamente com pares cisgénero, enquanto que, durante a supressão da puberdade, demonstraram uma função psicológica superior à de pares (van der Miesen et al., [2020](#)). Grannis e colegas ([2021](#)) demonstraram que homens transgénero, que tinham iniciado testosterona, apresentavam menos sintomas de internalização, a nível da saúde mental (depressão e ansiedade),

comparativamente com os que não tinham iniciado o procedimento com testosterona.

Quatro estudos adicionais seguiram diferentes protocolos de resultados. Num estudo retrospectivo com dados, Kaltiala, Heino e colegas ([2020](#)) relataram que, de um modo geral, adolescentes transgénero, com poucos ou nenhuns problemas de saúde mental, anteriores ao início das hormonas de afirmação de género, deram-se bem com o procedimento. No entanto, adolescentes com mais problemas a nível da saúde mental, antes de iniciar qualquer procedimento, continuaram a apresentar manifestações desses problemas de saúde mental, ao longo do procedimento médico de afirmação de género. Nieder e colegas ([2021](#)) estudaram a satisfação com os cuidados de saúde, enquanto indicador dos resultados, e demonstraram que adolescentes transgénero relatavam tanto mais satisfação, quanto mais progrediam nos procedimentos que tinham iniciado. Hisle-Gorman e colegas ([2021](#)) compararam a utilização de cuidados de saúde, antes e depois do início da utilização de produtos farmacêuticos de afirmação de género, como indicadora da gravidade das perturbações da saúde mental em 3.754 adolescentes TGD, num grande conjunto de dados de cuidados de saúde. Contrariamente à hipótese, inicialmente proposta, de melhoria da saúde mental, a utilização de cuidados de saúde mental não se alterou significativamente e a prescrição de medicamentos psicotrópicos aumentou. Numa amostra não probabilística de grande dimensão, de pessoas adultas identificadas como transgénero, Turban e colegas ([2022](#)) descobriram que as que relataram ter tido acesso a hormonas de afirmação de género na adolescência tinham menor probabilidade de ideação suicida no ano anterior, comparativamente com pessoas transgénero, que apenas tinham tido acesso a hormonas de afirmação de género na idade adulta.

Quem presta cuidados tem de considerar a possibilidade de uma pessoa adolescente se arrependar das decisões sobre afirmação de género, tomadas durante a adolescência, e de uma pessoa jovem pretender interromper o procedimento e voltar a viver com o papel de género atribuído à nascença, no futuro. Dois estudos holandeses relatam baixas taxas de adolescentes (1,9% e 3,5%) que optaram por interromper a supressão da puberdade (Brik et al., [2019](#); Wiepjes et al., [2018](#)). Mais uma vez, estes estudos foram realizados em clínicas que seguem um protocolo que inclui uma avaliação abrangente, antes de iniciar o procedimento médico de afirmação de género. Atualmente, não existe nenhum estudo clínico de coorte que tenha relatado perfis de adolescentes que se tenham arrependido da sua decisão inicial, ou que tenham destransicionado, após procedimentos de afirmação irreversíveis. Os estudos recentes indicam que há adolescentes que destransicionam, mas que não se arrependem de ter iniciado o procedimento, dado que entendem o início do procedimento como parte do processo de compreensão das suas necessidades de cuidados de saúde relacionadas com o género (Turban, [2018](#)). No entanto, este pode não ser o entendimento predominante das pessoas que destransicionam (Littman, [2021](#); Vandebussche, [2021](#)). Algumas pessoas adolescentes podem arrependem-se dos passos que deram (Dyer, [2020](#)). Consequentemente, é importante apresentar toda a gama de resultados possíveis, quando se acompanham adolescentes transgénero. Quem presta cuidados pode analisar esse tema, de forma cooperante e confiável (ou seja, como «possíveis experiências e deliberações futuras»), com a pessoa adolescente e as pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais, antes de iniciar os procedimentos médicos de afirmação de género. De igual modo, quem presta cuidados deverá preparar-se para apoiar adolescentes que destransicionam. Num inquérito pela Internet, com amostragem

por conveniência, a 237 pessoas autoidentificadas como tendo destransicionado, com uma idade média de 25,02 anos, tendo mais de 90% sexo feminino atribuído à nascença, 25% tinham realizado transição médica antes dos 18 anos e 14% destransicionaram antes dos 18 anos (Vandebussche, [2021](#)). Embora uma amostragem por conveniência na Internet esteja dependente da seleção de pessoas inquiridas, este estudo sugere que a destransição pode ocorrer em adolescentes transgénero mais jovens e, como tal, as pessoas profissionais de saúde devem estar cientes disso. Muitas dessas pessoas relataram dificuldade em encontrar ajuda durante o processo de destransição e indicaram que a destransição tinha sido uma experiência de isolamento, durante a qual não receberam apoio suficiente nem adequado (Vandebussche, [2021](#)).

Para concluir, embora as amostras existentes digam respeito a grupos relativamente pequenos de jovens (por exemplo, $n = 22 - 101$ por estudo) e o tempo de acompanhamento tenha variado entre os vários estudos (6 meses - 7 anos), esta base de evidência, que começa a surgir, indica uma melhoria geral na vida de adolescentes transgénero que, após uma avaliação cuidadosa, recebem procedimentos médicos de afirmação de género, clinicamente necessários. Além disso, as taxas de arrependimento relatadas durante os períodos de controlo do estudo são reduzidas. Considerados na sua totalidade, os dados mostram que uma intervenção médica precoce - como parte de abordagens mais amplas e combinadas de avaliação e procedimentos, focadas na disforia de género e no bem-estar geral - pode ser eficaz e útil para muitas pessoas adolescentes transgénero que procuram esses procedimentos.

Perspetivas éticas e de direitos humanos

A ética médica e as perspetivas de direitos humanos também foram tidas em

Declarações de Recomendação

6.1- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com adolescentes de género diverso:

6.1a - Possuam cédula emitida pela respetiva entidade reguladora e possuam uma pós-graduação ou formação equivalente numa área clínica relevante para a função, concedido por uma instituição oficial acreditada nacionalmente.

6.1.b - recebam formação teórica e baseada na evidência e desenvolvam competências em saúde mental geral de crianças, adolescentes e famílias, para todo o espectro do desenvolvimento.

6.1.c- recebam formação e tenham competências em desenvolvimento da identidade de género e diversidade de género em crianças e adolescentes, tenham a competência para avaliar a capacidade de concordar ou dar consentimento e possuam conhecimentos gerais sobre diversidade de género ao longo da vida.

6.1.d- recebam formação e desenvolvam competências em perturbações do espectro do autismo e em perturbações do neurodesenvolvimento, ou colaborem com especialistas em perturbações do desenvolvimento, quando trabalharem com adolescentes de género diverso, que apresentem perturbações do espectro do autismo ou sejam neurodivergentes.

6.1.e- continuem a empenhar-se no desenvolvimento profissional em todas as áreas relevantes para crianças, adolescentes e famílias de género diverso.

6.2- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com adolescentes de género diversos promovam a exploração e a expressão de géneros de forma aberta e respeitadora, para que nenhuma identidade em particular seja favorecida.

6.3- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com adolescentes de género diversos realizem uma avaliação biopsicossocial abrangente de adolescentes que apresentem preocupações relacionadas com a identidade de género e que procurem cuidados médicos ou cirúrgicos relacionados com a transição, que seja realizada de forma conjunta e solidária.

6.4- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com famílias, escolas e outros contextos relevantes, promovam a aceitação de expressões de comportamento e identidades de género diverso de adolescentes.

6.5- Recomendamos que não sejam propostas terapias reparadoras e de conversão, com o objetivo de tentar mudar o género da pessoa e a expressão de género vivenciada, para se tornar mais coerente com o sexo atribuído à nascença.

6.6- Sugerimos que profissionais de saúde proporcionem, a adolescentes transgénero e de género diverso, uma educação em saúde sobre enfaixamento (binding) do peito e ocultação genital (tucking), incluindo uma análise dos riscos e benefícios.

6.7- Recomendamos que quem presta cuidados pondere a prescrição de agentes de supressão menstrual para adolescentes com incongruência de género, que podem não pretender realizar terapia com testosterona, que pretendem, mas ainda não iniciaram a terapia com testosterona, ou conjuntamente com a terapia com testosterona para hemorragia de disrupção.

6.8- Recomendamos que profissionais de saúde mantenham um relacionamento contínuo com a pessoa adolescente transgénero e de género diverso, bem como com todas as pessoas cuidadoras relevantes, de modo a apoiar a pessoa adolescente no seu processo de tomada de decisão, durante todos os procedimentos de supressão da puberdade, terapias hormonais e cirurgias relacionadas com o género, até que a transição passe a ser acompanhada nos cuidados de saúde para pessoas adultas.

6.9- Recomendamos que a equipa de profissionais de saúde inclua especialidades relevantes, nomeadamente saúde mental, para tomar uma decisão sobre se a supressão da puberdade, o início de hormonas ou as cirurgias relacionadas com o género, para adolescentes transgénero e de género diverso, são adequadas e permanecem indicadas ao longo da duração do procedimento, até que a transição passe a ser acompanhada nos cuidados de saúde para pessoas adultas.

6.10- Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com pessoas adolescentes transgénero e de género diverso, que solicitam procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de género, as informem, antes de iniciar o procedimento, sobre os efeitos na reprodução, incluindo a potencial perda de fertilidade, e sobre as opções disponíveis para preservar a fertilidade no contexto da fase de desenvolvimento púbere da pessoa jovem.

6.11- Recomendamos que, quando os procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de género são indicados para adolescentes, profissionais de saúde, que trabalham com adolescentes transgénero e de género diverso, envolvam responsáveis parentais no processo de avaliação e nos procedimentos, a menos que esse envolvimento seja considerado prejudicial para a pessoa adolescente ou seja inviável.

As recomendações seguintes são feitas relativamente aos requisitos para procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (Deverão ser todas seguidas):

6.12- Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam adolescentes transgénero e de género diverso, apenas recomendem procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de género, solicitados pela pessoa, quando:

6.12.a- a pessoa adolescente preenche os critérios de diagnóstico para incongruência de género, de acordo com a CID-11, nas situações em que é necessário um diagnóstico para ter acesso a cuidados de saúde. Nos países que não tenham implementado a CID mais recente, poderão ser utilizadas outras taxonomias, embora devem ser realizados esforços para utilizar a CID mais recente, o mais rapidamente possível.

6.12.b- a experiência de diversidade ou incongruência de género é acentuada e persistente ao longo do tempo.

6.12.c- a pessoa adolescente demonstra a maturidade emocional e cognitiva necessária para dar o consentimento informado ou autorização para o procedimento.

6.12.d- as questões de saúde mental da pessoa adolescente (caso existam), que possam interferir na certeza diagnóstica, na capacidade de dar consentimento e/ou nos procedimentos médicos de afirmação de género, foram analisadas.

6.12.e- a pessoa adolescente foi informada sobre os efeitos na reprodução, incluindo a potencial perda de fertilidade e sobre as opções disponíveis para preservar a fertilidade e que estas tenham sido analisadas no contexto da fase de desenvolvimento púbere da pessoa adolescente.

6.12.f- a pessoa adolescente atingiu o estágio 2 da Escala de puberdade de Tanner para poder iniciar a supressão da puberdade.

6.12.g- a pessoa adolescente teve no mínimo 12 meses de terapia hormonal de afirmação de género, ou mais se necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido com os procedimentos de afirmação de género, incluindo aumento mamário, orquiectomia, vaginoplastia, histerectomia, faloplastia, metoidioplastia e cirurgia facial, como parte do procedimento de afirmação de género, a menos que a terapia hormonal não seja pretendida ou esteja medicamente contraindicada.

consideração na elaboração das declarações sobre adolescentes nas SOC. Por exemplo, permitir a progressão da puberdade irreversível, em adolescentes que sentem incongruência de gênero, não é uma ação neutra, dado que pode ter efeitos prejudiciais imediatos e para o resto da vida da pessoa jovem transgênero (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011).

Do ponto de vista dos direitos humanos, que considera a diversidade de gênero como uma variação normal e expectável, no âmbito da imensa diversidade da experiência humana, constitui um direito da pessoa adolescente a participação no seu próprio processo de tomada de decisão, sobre a sua saúde e a sua vida, incluindo o acesso a serviços de saúde relacionados com o gênero (Amnesty International, 2020).

Breve resumo das declarações e questões específicas da adolescência

Estas orientações são concebidas para indicar o que se conhece e o que não se conhece sobre o desenvolvimento da identidade de gênero na adolescência, qual a evidência sobre cuidados de saúde de afirmação de gênero na adolescência e quais os aspetos específicos que distinguem a adolescência de outras fases do desenvolvimento.

Exploração da identidade: Uma característica definidora da adolescência é a consolidação de aspetos da identidade, incluindo a identidade de gênero. A Declaração 6.2 aborda a exploração da identidade, no contexto do desenvolvimento da identidade de gênero. A Declaração 6.12.b explica o período de tempo necessário para que uma pessoa jovem experimente uma identidade de gênero diverso, expresse uma identidade de gênero diverso, ou ambas, de modo a tomar uma decisão com sentido, relativamente aos cuidados de saúde de afirmação de gênero.

Consentimento e tomada de decisão: Na adolescência, o consentimento e a tomada de decisões exigem uma avaliação do desenvolvimento emocional, cognitivo e psicossocial da pessoa. A declaração 6.12.c aborda diretamente a maturidade emocional e cognitiva e

descreve os componentes necessários do processo de avaliação, usados para avaliar a capacidade de tomada de decisão.

Envolvimento das pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais: Habitualmente, as pessoas adolescentes dependem das suas pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais para orientação em inúmeras situações. Isso também é verdade à medida que a pessoa jovem pondera as opções de procedimentos, durante o processo de tomada de decisão. A Declaração 6.11 aborda a importância do envolvimento das pessoas cuidadoras, ou responsáveis parentais, e analisa o papel que desempenham na avaliação e nos procedimentos. Nenhum grupo de diretrizes consegue abarcar todos os conjuntos de circunstâncias individuais, à escala global.

Declaração 6.1

Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com adolescentes de gênero diverso:

- a. **Possuam cédula emitida pela respetiva entidade reguladora e possuam uma pós-graduação, ou formação equivalente, numa área clínica relevante para a função, concedida por uma instituição oficial acreditada nacionalmente.**
- b. **Recebam formação teórica e baseada na evidência e desenvolvam competências em saúde mental geral de crianças, adolescentes e famílias, para todo o espectro do desenvolvimento.**
- c. **Recebam formação e tenham competências em desenvolvimento da identidade de gênero e diversidade de gênero, em crianças e adolescentes, detenham competências para avaliar a capacidade de concordar ou dar consentimento e possuam conhecimentos gerais sobre diversidade de gênero ao longo da vida.**
- d. **Recebam formação e desenvolvam competências em perturbações do espectro do autismo e em perturbações do neurodesenvolvimento, ou colaborem com especialistas em perturbações do desenvolvimento,**

quando trabalharem com adolescentes de género diverso, que apresentem perturbações do espectro do autismo ou sejam neurodivergentes.

- e. Continuem a empenhar-se no desenvolvimento profissional, em todas as áreas relevantes para crianças, adolescentes e famílias de género diverso.**

Para avaliar e apoiar adolescentes TGD e as suas famílias, quem presta cuidados de saúde precisa de formação e de conhecimentos, tanto gerais como específicos, sobre género. Profissionais, com formação para trabalhar com adolescentes e famílias, desempenham um papel muito importante na exploração de aspetos do desenvolvimento da pessoa adolescente e da dinâmica familiar, quando cuidam de jovens e famílias (Adelson et al., [2012](#); American Psychological Association, [2015](#); Hembree et al., [2017](#)). Outros capítulos destas Normas de Cuidados de Saúde descrevem com maior detalhe estes critérios, para profissionais que prestam cuidados de saúde relacionados com o género (consulte o Capítulo 5 - Avaliação para Pessoas Adultas; Capítulo 7 - Crianças; ou Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios). Profissionais que trabalham com adolescentes devem conhecer o que se sabe e o que não se sabe, sobre o desenvolvimento da identidade de género de adolescentes e de que forma é que essa base de conhecimento difere do que se aplica a pessoas adultas e a crianças pré-púberes. Entre pessoas profissionais de saúde, as de saúde mental são quem tem a formação mais adequada e mais tempo clínico dedicado para realizar uma avaliação e esclarecer as prioridades e objetivos do procedimento, durante o trabalho com pessoas jovens transgénero, incluindo as que procuram cuidados médicos ou cirúrgicos de afirmação de género. Compreender e gerir a dinâmica de familiares, que podem partilhar diferentes perspetivas sobre a história e as necessidades da pessoa jovem, é uma competência

importante que, geralmente, as pessoas profissionais de saúde mental estão mais bem preparadas para abordar.

Quando não for possível o acesso a profissionais com formação no desenvolvimento de crianças e adolescentes, as pessoas profissionais de saúde devem comprometer-se a obter formação nas áreas de dinâmica familiar e desenvolvimento de adolescentes, incluindo o desenvolvimento da identidade de género. Da mesma forma, considerando que as pessoas jovens transgénero, que apresentem perturbações do espectro do autismo ou sejam neurodivergentes, representam uma subpopulação consideravelmente minoritária das pessoas jovens que recebem cuidados em clínicas de género diverso, a nível global, é importante que profissionais de saúde realizem formação adicional, na área do autismo, e compreendam os elementos específicos dos cuidados de saúde que jovens de género diverso, que apresentem perturbações do espectro do autismo, podem necessitar (Strang, Meagher et al., [2018](#)). Caso essas qualificações não forem possíveis, recomenda-se a consulta e a colaboração com profissional que detenha especialização em autismo e neurodiversidade.

Declaração 6.2

Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com adolescentes de género diverso, promovam a exploração e a expressão de género, de forma aberta e respeitadora, para que nenhuma identidade em particular seja favorecida.

A adolescência é um período de desenvolvimento, que envolve mudanças físicas e psicológicas, caracterizadas pela individualização e pela transição para a independência, relativamente a pessoas cuidadoras (Berenbaum et al., [2015](#); Steinberg, [2009](#)). É um período durante o qual as pessoas jovens podem explorar diferentes aspetos da identidade, incluindo a identidade de género.

As pessoas adolescentes diferem quanto à extensão em que exploram e se comprometem com aspetos da sua identidade (Meeus et al., 2012). Para algumas pessoas adolescentes, o ritmo para alcançar a consolidação da identidade é rápido, enquanto para outras é mais lento. Para algumas pessoas adolescentes, os desenvolvimentos físico, emocional e psicológico ocorrem durante a mesma linha cronológica geral, enquanto que para outras, há defasamentos entre esses aspetos do desenvolvimento. Da mesma forma, há variação na linha cronológica, quanto ao desenvolvimento da identidade de género (Arnoldussen et al., [2020](#); Katz-Wise et al., [2017](#)). Para algumas pessoas jovens, o desenvolvimento da identidade de género é um processo claro, que tem início na primeira infância, enquanto para outras as mudanças pubertárias contribuem para a experiência da própria pessoa com um determinado género (Steensma, Kreukels et al., [2013](#)) e, para muitas outras, o processo pode ter início bastante tempo após as alterações pubertárias estarem concluídas. Tendo estas variações em consideração, não existe nenhum ritmo, processo ou resultado específicos que possam ser previstos para uma determinada pessoa adolescente, que procura cuidados de saúde de afirmação de género.

Consequentemente, profissionais de saúde que trabalham com adolescentes devem promover ambientes acolhedores que, simultaneamente, respeitem a identidade de género afirmada da pessoa adolescente e permitam que a pessoa adolescente explore abertamente as necessidades de género, incluindo as intervenções sociais, médicas e físicas de afirmação de género, caso se alterem ou evoluam ao longo do tempo.

Declaração 6.3

Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com adolescentes de género diverso, realizem uma avaliação biopsicossocial abrangente, de adolescentes que apresentem preocupações relacionadas

com a identidade de género e que procurem cuidados médicos ou cirúrgicos relacionados com a transição, que seja realizada de forma conjunta e solidária.

Tendo em consideração a grande variedade de formas sob as quais a identidade se pode revelar durante a adolescência, recomendamos a utilização de uma avaliação biopsicossocial abrangente, para orientar as decisões sobre procedimentos e otimizar os resultados. Esta avaliação deve ter como objetivo o conhecimento dos pontos fortes, das vulnerabilidades, do perfil de diagnóstico e das necessidades específicas da pessoa adolescente, para personalizar os cuidados de saúde prestados. Tal como mencionado na Declaração 6.1, profissionais de saúde mental têm a formação, a experiência e o tempo clínico dedicado mais adequados para obter as informações aqui analisadas. O processo de avaliação deve ser abordado conjuntamente com a pessoa adolescente e as respetivas pessoas cuidadoras, tanto separadamente como em conjunto, tal como descrito com maior detalhe na Declaração 6.11.

A avaliação deve ter lugar antes de qualquer intervenção médica ou cirúrgica, clinicamente necessária, que esteja a ser ponderada (por exemplo, medicamentos bloqueadores da puberdade, hormonas de afirmação de género, cirurgias). Consulte a declaração clinicamente necessária no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1; consulte também o Capítulo 12 - Terapia Hormonal e o Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios.

As pessoas jovens podem experimentar muitos percursos diferentes quanto à identidade de género. As definições socioculturais e as experiências de género continuam a evoluir ao longo do tempo e as pessoas jovens apresentam, cada vez mais, uma diversidade de identidades e formas de descrever as suas experiências e necessidades, relacionadas com o género (Twist & de Graaf, [2019](#)). Por exemplo, algumas pessoas jovens

irão perceber que são transgênero ou, de forma mais alargada, de gênero diverso, e dar os passos para se apresentarem em conformidade. Para algumas pessoas jovens, a obtenção de procedimentos médicos de afirmação de gênero é importante, enquanto para outras essas etapas podem não ser necessárias. Por exemplo, um processo de exploração, ao longo do tempo, pode não ter como consequência a autoafirmação, ou a expressão, de um gênero diferente, relativamente ao sexo atribuído à nascença, da pessoa jovem e não envolver intervenções médicas (Arnoldussen et al., 2019).

A evidência longitudinal mais robusta, que sustenta os benefícios dos procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero na adolescência, foi obtida num contexto clínico, que integrou um processo detalhado e abrangente de avaliação diagnóstica ao longo do tempo no seu protocolo de prestação de cuidados (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). Tendo em consideração este estudo e a evolução contínua das experiências de gênero diverso na sociedade, uma avaliação biopsicossocial e diagnóstica abrangente, durante a adolescência, tem de se basear na evidência e preservar a integridade do processo de tomada de decisão. Sem um perfil diagnóstico completo, podem não ser detetadas outras questões da saúde mental, que são prioritárias e que têm de ser cuidadas. Não existem estudos sobre os resultados a longo prazo de procedimentos médicos relacionados com o gênero, para jovens a quem não foi realizada uma avaliação abrangente. O procedimento neste contexto (por exemplo, com avaliação limitada ou sem avaliação) não possui base empírica e, portanto, comporta o risco de a decisão, sobre iniciar intervenções médicas de afirmação de gênero naquele momento, poder não ser do interesse superior da pessoa jovem, a longo prazo.

Uma vez que a prestação de cuidados de saúde e o acesso a especialistas variam a nível

global, muitas vezes é necessário conceber um processo de avaliação específico, que se adapte aos recursos existentes. Em alguns casos, pode ser útil um processo de avaliação mais prolongado, como para jovens com quadros mais complexos (por exemplo, antecedentes de saúde mental com complicações (Leibowitz & de Vries, 2016)), características concomitantes do espectro do autismo (Strang, Powers et al., 2018) e/ou ausência da experiência de incongruência de gênero na infância (Ristori & Steensma, 2016). Tendo em consideração os fatores culturais, financeiros e geográficos exclusivos que existem para populações específicas, quem presta cuidados deve conceber modelos de avaliação que sejam flexíveis e que permitam cuidados de saúde, no momento adequado, para tantas pessoas jovens quanto possível, desde que a avaliação tenha recolhido eficazmente informações sobre os pontos fortes, as vulnerabilidades, o perfil diagnóstico e as necessidades individuais da pessoa adolescente. Podem igualmente ser utilizadas medidas psicométricas psicossociais e de gênero, para fornecer informações adicionais.

A avaliação multidisciplinar, para jovens que procuram intervenções médicas ou cirúrgicas de afirmação de gênero, inclui os seguintes domínios, que correspondem às declarações relevantes:

- **Desenvolvimento da Identidade de Género:** Declarações 6.12.a e 6.12.b detalham os fatores associados ao desenvolvimento da identidade de gênero, no contexto cultural específico, durante a avaliação de adolescentes TGD.
- **Desenvolvimento e Apoio Social; Interseccionalidade:** As declarações 6.4 e 6.11 refletem sobre a importância de avaliar o stress das minorias, associado ao gênero, a dinâmica familiar e outros aspetos que contribuem para o desenvolvimento social e a interseccionalidade.

- **Avaliação Diagnóstica de Possíveis Problemas Concomitantes de Saúde Mental e/ou do Desenvolvimento:** A Declaração 6.12.d aborda a importância de entender a relação existente, se existir, entre todas as condições concomitantes de saúde mental, ou do desenvolvimento, e a identidade de gênero, ou expressão de gênero diverso, da pessoa jovem.
- **Capacidade de Tomada de Decisão:** A declaração 6.12.c discute a avaliação da maturidade emocional de uma pessoa jovem e a respetiva relevância, para quando uma pessoa adolescente pondera procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de gênero.

Declaração 6.4

Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com famílias, escolas e outros contextos relevantes, promovam a aceitação de expressões de comportamento e identidades de gênero diverso de adolescentes.

Vários estudos e o consenso relacionado de especialistas apoiam a implementação de abordagens que promovam a aceitação e a afirmação de jovens de gênero diverso em todos os contextos, incluindo famílias, escolas, instalações de saúde e todas as outras organizações e comunidades com que interagem (e.g., Pariseau et al., [2019](#); Russell et al., [2018](#); Simons et al., [2013](#); Toomey et al., [2010](#); Travers et al., [2012](#)). A aceitação e a afirmação são concretizadas através de uma série de abordagens, ações e políticas, que recomendamos que sejam adotadas nas diferentes relações e contextos, em que uma pessoa jovem existe e atua. É importante que as pessoas, membros da família e da comunidade, envolvidas na vida da pessoa adolescente, trabalhem de forma conjunta nesses esforços, a menos que o seu envolvimento seja considerado prejudicial para a pessoa adolescente. Os exemplos propostos por Pariseau e colegas ([2019](#)) e

outros grupos sobre aceitação e afirmação da diversidade de gênero e contemplação e expressão da identidade, que podem ser implementados pela família, pessoas colaboradoras e organizações incluem:

1. Ações, que apoiem jovens, elaboradas para que se integrem em atividades e interesses que ampliem as noções de gênero (por exemplo, gênero não conforme);
2. Comunicações de apoio, quando jovens expressam as suas experiências sobre o seu gênero e exploração de gênero;
3. Utilização dos nomes ou pronomes declarados pelas pessoas jovens;
4. Apoio a jovens que usam vestuário ou uniformes, penteados e objetos (por exemplo, peças de joalheria, maquiagem), que sentem que afirmam o seu gênero;
5. Comunicação positiva e solidária com jovens sobre o seu gênero e as preocupações relacionadas com o gênero;
6. Educação sobre questões de diversidade de gênero, para pessoas que estão presentes na vida da pessoa jovem (por exemplo, familiares, prestadoras de cuidados de saúde, redes de apoio social), consoante necessário, incluindo informações sobre como defender jovens de gênero diverso na comunidade, na escola, nos cuidados de saúde e em outros contextos;
7. Apoio a jovens de gênero diverso, para se ligarem a comunidades de apoio (por exemplo, grupos LGBTQ, eventos, pessoas amigas);
8. Criação de oportunidades para analisar, ponderar e explorar opções de procedimentos médicos, quando indicado;
9. Políticas *antibullying* que são aplicadas;
10. Inclusão de experiências não binárias na vida quotidiana, materiais de leitura e programas (por exemplo, livros, aulas de saúde e de educação sexual, escrita de textos sobre temas designados que vão

para além dos grupos binários, LGBTQ e de pessoas aliadas);

11. Instalações inclusivas quanto ao género, de fácil acesso para pessoas jovens, sem segregação de colegas de género não diverso (por exemplo, casas de banho, vestiários).

Recomendamos que profissionais de saúde trabalhem com responsáveis parentais, escolas e outras organizações ou grupos, para promover a aceitação e a afirmação de identidades e expressões TGD, independentemente de terem sido implementadas intervenções sociais ou médicas, já que a aceitação e a afirmação estão associadas a menos sintomas negativos associados à saúde mental e de comportamento e a um funcionamento mental e comportamental mais positivo (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Russell e colegas (2018) descobriram que a melhoria da saúde mental aumenta com a maior aceitação e afirmação em maior número de contextos (por exemplo, casa, escola, trabalho e pessoas amigas). A rejeição pela família, colegas e profissionais escolares (por exemplo, usar intencionalmente o nome e os pronomes com que a pessoa jovem não se identifica, não reconhecer a identidade de género afirmada, *bullying*, assédio, abuso verbal e físico, relações de má qualidade, rejeição por ser TGD, despejo) está fortemente ligada a resultados negativos, tais como ansiedade, depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio e consumo de substâncias (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). É importante estar ciente de que os sintomas negativos aumentam com o aumento dos níveis de rejeição e persistem na idade adulta (Roberts et al., 2013).

Foi, igualmente, observado que respostas neutras ou indiferentes à diversidade e exploração de género de uma pessoa jovem (por exemplo, deixar que uma criança diga a outras pessoas qual o nome que escolheu, mas não usar esse nome, não contar a pessoas familiares ou amigas quando a pessoa jovem pede que isso seja revelado), não defender a criança contra comportamentos de rejeição, por parte de pessoal ou colegas da escola, não se envolver nem participar em outros mecanismos de apoio (por exemplo, com psicoterapeutas e grupos de apoio), têm consequências negativas, como aumento dos sintomas depressivos (Pariseau et al., 2019). Por estes motivos, é importante não ignorar o questionamento de género de uma pessoa jovem, nem atrasar a ponderação de cuidados de saúde, relacionados com o género, para a pessoa jovem. O reconhecimento por parte de profissionais, de que as pessoas jovens precisam de abordagens e apoio individualizados e de que sejam tidas em consideração as necessidades em torno da expressão, identidade e incorporação de género, ao longo do tempo, e entre diferentes domínios e relações, tem um valor especial. As pessoas jovens podem precisar de ajuda para lidar com a tensão de ter de tolerar que outras pessoas processem ou se adaptem à exploração e às alterações da identidade de uma pessoa adolescente (por exemplo, Kuper, Lindley et al., 2019). É importante que haja uma colaboração entre profissionais, responsáveis parentais e outras pessoas, à medida que vão processando as suas preocupações e sentimentos e se vão educando a elas próprias sobre a diversidade de género, dado que esses processos podem não refletir necessariamente uma rejeição ou neutralidade, mas, pelo contrário, podem constituir esforços para desenvolver atitudes e recolher informações que promovam a aceitação (por exemplo, Katz-Wise et al., 2017).

Declaração 6.5

Recomendamos que não sejam propostas terapias reparadoras e de conversão, com o objetivo de tentar mudar o gênero da pessoa e a expressão de gênero vivenciada para se tornar mais coerente com o sexo atribuído à nascença.

Algumas pessoas prestadoras de cuidados de saúde, organizações seculares ou religiosas e famílias que não aceitam, podem envidar esforços para impedir a expressão da diversidade de gênero, de uma pessoa adolescente, ou a afirmação de uma identidade de gênero diferente da expressão e comportamentos conformes com o sexo atribuído à nascença. Esses esforços para bloquear a expressão ou transição sociais reversíveis podem incluir optar por não usar o nome e os pronomes identificados pela pessoa jovem ou restringir a autoexpressão no vestuário e nos penteados (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Habitualmente, esses comportamentos contra a afirmação de gênero, visam reforçar as opiniões que defendem que a identidade ou expressão de gênero de uma pessoa jovem devem corresponder ao gênero associado ao sexo atribuído à nascença ou às expectativas baseadas no sexo atribuído à nascença. Atividades e abordagens (por vezes referidas como «terapias»), destinadas a tentar mudar a identidade e a expressão de gênero de uma pessoa, para que se tornem mais congruentes com o sexo atribuído à nascença, foram tentadas, mas dessas abordagens não resultaram nenhuma alteração da identidade de gênero (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Recomendamos uma forte oposição contra essas tentativas, porque demonstraram ser ineficazes e estão associadas a aumentos de doença mental e agravamento do desempenho psicológico (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Grande parte dos estudos que avaliaram as «terapias de conversão» e as «terapias

reparadoras» investigaram o impacto dos esforços para mudar a expressão de gênero (masculinidade ou feminilidade) e confundiram orientação sexual com identidade de gênero (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Alguns desses esforços visaram tanto a identidade como a expressão de gênero (AACAP, 2018). As terapias de conversão ou de reparação têm sido associadas a um aumento da ansiedade, depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio e evitamento de cuidados de saúde (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Embora alguns desses estudos tenham sido criticados pelas metodologias e conclusões (por exemplo, D'Angelo et al., 2020), isso não nos deve desviar da importância de realçar que os esforços realizados a priori para mudar a identidade de uma pessoa são clínica e eticamente insensatos. Recomendamos contra qualquer tipo de conversão ou de tentativa para mudar a identidade de gênero de uma pessoa porque 1) tanto os esforços seculares como religiosos para mudar a identidade ou expressão de gênero foram associados a uma função psicológica negativa, que persiste até à idade adulta (Turban, Beckwith et al., 2020); e 2) existem razões éticas, de valor superior, que realçam o respeito pelas identidades de gênero diverso.

É importante dizer que a identificação de possíveis fatores, que determinam a experiência relacionada com o gênero e o relato de incongruência de gênero de uma pessoa jovem, quando realizada no contexto de apoio à autodescoberta de uma pessoa adolescente, não é considerada uma terapia reparadora, desde que não haja qualquer objetivo, a priori, para mudar ou promover uma identidade ou expressão de gênero específica (AACAP, 2018; ver Declaração 6.2). Para garantir que essas ações são terapêuticas, recomendamos a utilização de um interesse afirmativo e de um tom solidário, na análise das etapas que foram experimentadas, ponderadas e planejadas para a expressão de

gênero de uma pessoa jovem. Esses temas de discussão podem incluir o que pareceu ser útil ou afirmativo, o que pareceu inútil ou fonte de desconforto e porquê. Recomendamos a utilização de respostas afirmativas a essas etapas e discussões, tais como as identificadas na Declaração 6.4. das SOC 8.

Declaração 6.6

Sugerimos que profissionais de saúde proporcionem, a adolescentes transgênero e de gênero diverso, uma educação em saúde sobre enfaixamento (*binding*) do peito e ocultação genital (*tucking*), incluindo uma análise dos riscos e benefícios.

Jovens TGD podem sentir desconforto relacionado com a anatomia do peito e dos genitais. Práticas como o enfaixamento (*binding*) do peito, enchimento do peito, ocultação genital (*tucking*) e enchimento genital (*packing*) são intervenções não médicas, reversíveis, que podem ajudar a aliviar esse desconforto (Callen-Lorde, [2020a](#), [2020b](#); Deutsch, [2016a](#); Olson-Kennedy, Rosenthal et al., [2018](#); Transcare BC, [2020](#)). É importante avaliar o grau de desconforto, relacionado com o desenvolvimento físico ou a anatomia, educar as pessoas jovens sobre possíveis intervenções não médicas para lidar com esse desconforto e discutir a utilização segura dessas intervenções.

O enfaixamento (*binding*) do peito envolve a compressão do tecido mamário, para criar uma aparência mais plana do peito. Estudos sugerem que até 87% de pessoas transmasculinas relatam antecedentes de enfaixamento (*binding*) (Jones, [2015](#); Peitzmeier, 2017). Os métodos de enfaixamento (*binding*) podem incluir o uso de faixas (*binders*) comerciais, soutiens desportivos, uso de várias camadas de camisas, uso de várias camadas de soutiens desportivos ou utilização de elásticos ou de outras faixas (Peitzmeier, 2017). Atualmente, a maioria das pessoas jovens relatam ter aprendido sobre práticas de enfaixamento

(*binding*) em comunidades *online*, constituídas por pares (Julian, 2019). Prestadores de cuidados podem desempenhar um papel importante, garantindo que as pessoas jovens recebem informações precisas e fiáveis sobre os possíveis riscos e benefícios do enfaixamento (*binding*) do peito. Além disso, quem presta cuidados pode aconselhar as pessoas sobre práticas seguras de enfaixamento (*binding*) e monitorizar possíveis efeitos negativos para a saúde. Embora existam potenciais impactos físicos negativos do enfaixamento (*binding*), jovens que utilizam enfaixamento (*binding*) relatam muitos benefícios, incluindo aumento do conforto, maior segurança e menores taxas de engano na identificação do gênero autodeterminado (*misgendering*) (Julian, 2019). Impactos frequentes, negativos para a saúde, do enfaixamento (*binding*) em jovens, incluem dor nas costas, no peito, falta de ar e sobreaquecimento (Julian, 2019). Impactos negativos mais graves para a saúde, tais como infeções cutâneas, infeções respiratórias e fraturas de costelas, são pouco frequentes e têm sido associados ao enfaixamento (*binding*) em pessoas adultas (Peitzmeier, 2017). Se o enfaixamento (*binding*) for utilizado, as pessoas jovens devem ser aconselhadas a usar apenas os métodos considerados seguros para enfaixamento (*binding*) - nomeadamente as faixas (*binders*) concebidas especificamente para a população de gênero diverso - para reduzir o risco de efeitos negativos graves para a saúde. Métodos que são considerados inseguros para o enfaixamento (*binding*) incluem a utilização de fita adesiva, ligaduras ACE e ligaduras de plástico, porque podem limitar o fluxo sanguíneo, lesionar a pele e limitar a respiração.

Se jovens relatarem impactos negativos para a saúde, decorrentes do enfaixamento (*binding*), a situação deverá ser preferencialmente abordada por pessoa médica, especializada em afirmação de gênero, com experiência em trabalho com jovens TGD. A ocultação genital

(*tucking*) é a prática de colocar o pênis e os testículos, de modo a reduzir a aparência externa de uma protuberância genital. Métodos de ocultação genital (*tucking*) incluem prender o pênis e os testículos entre as pernas ou inserir os testículos no canal inguinal e puxar o pênis para trás entre as pernas. Normalmente, os órgãos genitais são mantidos nesse lugar através de roupa interior ou de uma tanga compressora (*gaff*), uma peça de roupa que pode ser feita ou adquirida. Há poucos estudos sobre riscos e benefícios específicos da ocultação genital (*tucking*) em pessoas adultas e nenhum realizado em jovens. Estudos anteriores relataram que roupas íntimas apertadas estão associadas à diminuição da concentração e motilidade dos espermatozoides. Além disso, temperaturas escrotais elevadas podem estar associadas a más características dos espermatozoides e a ocultação genital (*tucking*) pode, teoricamente, afetar a espermatogénese e a fertilidade (Marsh, 2019), embora não existam estudos definitivos que avaliem estes resultados adversos. São necessários mais estudos para determinar os benefícios e riscos específicos da ocultação genital (*tucking*).

Declaração 6.7

Recomendamos que quem presta cuidados pondere a prescrição de agentes de supressão menstrual, para adolescentes com incongruência de género, que podem não pretender realizar terapia com testosterona, que pretendem, mas ainda não iniciaram a terapia com testosterona, ou conjuntamente com a terapia com testosterona para hemorragia de disrupção.

Quando se analisam as opções disponíveis, de medicamentos que suprimem a menstruação, com jovens de género diverso, quem presta cuidados deve estimular tomadas de decisão partilhadas, usar linguagem inclusiva quanto ao género (por exemplo, perguntar às pessoas quais os termos que utilizam para se referir à menstruação, aos órgãos reprodutores e à genitália) e realizar exames físicos de uma

forma sensível e que afirme o género (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). Não existe investigação formal que avalie de que modo é que a supressão pode influenciar a incongruência e/ou a disforia de género. No entanto, a utilização da supressão menstrual pode ser uma intervenção inicial, que permite uma exploração mais aprofundada dos objetivos de cuidados relacionados com o género, dar prioridade a outros cuidados de saúde mental, ou a ambos, especialmente para quem sente um agravamento da disforia de género, devido ao sangramento uterino indesejado (ver Declaração 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019). Quando a testosterona não é utilizada, pode conseguir-se a supressão menstrual através de um progestagénio. Para excluir quaisquer perturbações menstruais subjacentes, é importante obter um historial menstrual detalhado e realizar uma avaliação, antes de implementar a terapia de supressão menstrual (Carswell & Roberts, 2017). Como parte da discussão sobre medicamentos de supressão menstrual, também deve ser abordada a necessidade de contraceção e informações sobre a eficácia dos medicamentos de supressão menstrual como métodos anticoncetivos (Bonnington et al., 2020). Deve ser disponibilizada uma variedade de opções de supressão menstrual, tais como medicamentos de associação estrogénio-progestativo, progestativos orais, progestativos subcutâneos e dispositivos intrauterinos (DIU), para permitir planos de intervenção personalizados, tendo em consideração a disponibilidade, os custos e as coberturas dos seguros, bem como as contraindicações e os efeitos secundários (Kanj et al., 2019).

A medicação hormonal apenas com progestativos (contraceção progestativa) é uma opção, especialmente para pessoas jovens transmasculinas ou não binárias, que não estão interessadas em terapias médicas com estrogénios, bem como para as que apresentam risco para eventos

tromboembólicos ou que têm outras contraindicações para a terapia com estrogénios (Carswell & Roberts, 2017). Os medicamentos hormonais apenas com progestativos incluem progestativos orais, injeção de medroxiprogesterona de depósito, implante de etonogestrel e DIU de levonorgestrel (Schwartz et al., 2019). As opções hormonais apenas com progestativos variam em termos de eficácia na obtenção da supressão menstrual e têm taxas inferiores de obtenção de amenorria, comparativamente à contraceção oral de associação (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Uma descrição mais detalhada dos estudos clínicos relevantes é apresentada no Capítulo 12 - Terapia hormonal. Profissionais de saúde não devem fazer suposições sobre o modo de administração preferido de cada pessoa, pois algumas pessoas jovens transmasculinas podem preferir anéis vaginais ou implantes DIU (Akgul et al., 2019). Embora a medicação hormonal implique monitorização, quanto à possibilidade de instabilidade do humor, de efeitos depressivos, ou de ambos, os benefícios e os riscos da supressão menstrual, não tratada no contexto da disforia de género, devem ser avaliados individualmente. Algumas pessoas podem optar pela contraceção hormonal combinada por via oral, que inclui diferentes associações de etinilestradiol, com doses variadas, e diferentes gerações de progestativos (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Anticoncetivos orais de associação, com doses inferiores de etinilestradiol, têm sido associados ao aumento de hemorragia uterina de disrupção. Os contraceptivos hormonais combinados podem ser administrados por via oral, em regime contínuo, para permitir uma supressão menstrual contínua, podendo também ser administrados por via transdérmica ou via vaginal, através de anéis.

A utilização de análogos da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) também pode ter como consequência a supressão menstrual. No entanto, recomenda-

se que jovens de género diverso cumpram os critérios de elegibilidade (conforme descrito na Declaração 6.12), antes de considerar este medicamento exclusivamente para esse fim (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Finalmente, os medicamentos de supressão menstrual podem estar indicados, como terapia adjuvante, para hemorragia uterina de disrupção, que pode ocorrer durante a administração de testosterona exógena, ou como medicamento de transição, enquanto se aguarda pela supressão menstrual, através de terapia com testosterona. Quando se utiliza testosterona exógena, como hormona de afirmação de género, a supressão menstrual é habitualmente alcançada nos primeiros seis meses de terapia (Ahmad & Leinung, 2017). No entanto, é essencial que as pessoas adolescentes sejam avisadas de que ainda podem ocorrer ovulação e gravidez em contexto de amenorria (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

Declaração 6.8

Recomendamos que profissionais de saúde mantenham um relacionamento contínuo com a pessoa adolescente transgénero e de género diverso, bem como com todas as pessoas cuidadoras relevantes, de modo a apoiar a pessoa adolescente no seu processo de tomada de decisão, durante todos os procedimentos de supressão da puberdade, terapias hormonais e cirurgias relacionadas com o género, até que a transição passe a ser acompanhada nos cuidados de saúde para pessoas adultas.

Profissionais de saúde com experiência em desenvolvimento infantil e adolescente, conforme descrito na Declaração 6.1, desempenham um papel importante na continuidade dos cuidados prestados a jovens, ao longo das suas necessidades de procedimentos relacionados com o género. Apoiar adolescentes e as suas famílias implica uma abordagem aos cuidados de saúde, realizada à luz do desenvolvimento, através

do qual se compreende a evolução da maturidade emocional e das necessidades de cuidados de saúde de jovens ao longo do tempo. Dado que os percursos de procedimentos de afirmação de género diferem, com base nas necessidades e experiências individuais de adolescentes TGD, a tomada de decisão sobre esses procedimentos (supressão da puberdade, estrogénios, androgénios, cirurgias de afirmação de género) pode ocorrer em diferentes momentos, separados entre si por vários anos. O estudo longitudinal, que demonstrou os benefícios da supressão da puberdade e da terapia hormonal de afirmação de género (THAG), foi realizado num contexto em que existia uma relação clínica permanente entre adolescentes, famílias e a equipa multidisciplinar (de Vries et al., [2014](#)).

Os ambientes clínicos que oferecem tempos de consulta mais prolongados dão espaço para que adolescentes e pessoas cuidadoras possam partilhar aspetos psicossociais importantes do bem-estar emocional (por exemplo, dinâmica familiar, escola, experiências românticas e sexuais), que contextualizam as necessidades e as decisões personalizadas de procedimentos de afirmação de género, tal como descrito noutra parte do capítulo. Uma relação clínica contínua pode ocorrer em todos os contextos, seja no âmbito de uma equipa multidisciplinar ou com pessoas prestadoras de cuidados em diferentes locais, que colaboram umas com as outras. Dada a enorme variabilidade na capacidade de obter acesso a centros especializados de cuidados de saúde relacionados com o género, especialmente para grupos marginalizados, que são alvo de diferenças no acesso, é importante que a pessoa profissional de saúde reconheça a existência de quaisquer obstáculos no acesso a cuidados de saúde, mantendo a flexibilidade quando determinar o modo como a relação clínica contínua pode ocorrer nesse contexto específico.

Uma relação clínica contínua, que aumenta a resiliência de jovens e que disponibiliza apoio a responsáveis parentais, que poderão ter as suas próprias necessidades de tratamento, pode, em última análise, levar ao aumento da aceitação parental - quando necessário - o que está associado a melhores resultados da saúde mental na juventude (Ryan, Huebner et al., [2009](#)).

Declaração 6.9

Recomendamos que a equipa de profissionais de saúde inclua especialidades médicas relevantes, nomeadamente saúde mental, para tomar uma decisão sobre se a supressão da puberdade, o início de hormonas ou as cirurgias relacionadas com o género, para adolescentes transgénero e de género diverso, são adequadas e permanecem indicadas ao longo da duração do procedimento, até que a transição passe a ser acompanhada nos cuidados de saúde para pessoas adultas.

Adolescentes TGD, com disforia de género ou incongruência de género, que procuram procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género, beneficiam do envolvimento de profissionais de saúde de diferentes especialidades. A prestação de cuidados de saúde a adolescentes TGD inclui abordar 1) questões sobre o diagnóstico (ver Declarações 6.3, 6.12 a e 6.12b), realizado por profissional de saúde, com especialidade em questões de género (tal como definido na Declaração 6.1), sempre que possível e necessário; e 2) questões sobre o procedimento, ao prescrever, gerir e monitorizar medicamentos, para cuidados médicos e cirúrgicos de afirmação de género, que exijam a formação de profissionais relevantes de medicina ou cirurgia. A lista das principais especialidades inclui, entre outras, medicina ou cuidados primários para adolescentes, endocrinologia, psicologia, psiquiatria, patologia da fala ou da linguagem, serviço social, equipa de apoio e equipa cirúrgica.

A evolução da evidência tem demonstrado um benefício clínico para jovens transgênero cujos procedimentos de afirmação de gênero são realizados em clínicas de diversidade de gênero multidisciplinares (de Vries et al., [2014](#); Kuper et al., [2020](#); Tollit et al., [2019](#)). Por último, adolescentes que procuram cuidados de saúde de afirmação de gênero, em clínicas multidisciplinares, aparecem com situações de elevada complexidade, que exigem uma estreita colaboração entre profissionais de saúde mental, medicina e/ou cirurgia (McCallion et al., [2021](#); Sorbara et al., [2020](#); Tishelman et al., [2015](#)).

Dado que nem todas as pessoas e famílias estão em posição de, ou num local onde consigam, aceder a cuidados multidisciplinares, a falta de especialidades disponíveis não deve impedir que uma pessoa jovem tenha acesso aos cuidados necessários em tempo útil. Quando as especialidades estão disponíveis, especialmente em centros com equipas multidisciplinares ou especialidades existentes, ou ambas, é recomendado que sejam feitos esforços para incluir profissionais relevantes, quando se cria uma equipa de cuidados de saúde de gênero. No entanto, isso não significa que todas as disciplinas sejam necessárias para prestar cuidados a uma determinada pessoa jovem e sua família. Se for necessária documentação escrita, ou uma carta, para recomendar procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero (PM-CAG) para uma pessoa adolescente, é necessária apenas uma carta de avaliação de uma pessoa que pertença à equipa multidisciplinar. Essa carta tem de refletir a avaliação e o parecer da equipa, que integre tanto profissionais de saúde física como de saúde mental (American Psychological Association, [2015](#); Hembree et al., [2017](#); Telfer et al., [2018](#)). Podem ser solicitados resultados da avaliação e pareceres escritos adicionais, quando existir uma necessidade clínica específica ou quando as pessoas da equipa estiverem em locais diferentes ou optarem por

escrever os seus próprios resumos. Para obter informações adicionais, consulte o Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas, Declaração 5.5.

Declaração 6.10

Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com pessoas adolescentes transgênero e de gênero diverso, que solicitam procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de gênero, as informem, antes de iniciar o procedimento, sobre os efeitos na reprodução, incluindo a potencial perda de fertilidade, e sobre as opções disponíveis para preservar a fertilidade, no contexto da fase de desenvolvimento púbere da pessoa jovem.

Ao avaliar adolescentes, que procuram procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de gênero, profissionais de saúde devem discutir as formas específicas pelas quais o procedimento necessário pode afetar a capacidade reprodutora. As questões de fertilidade e as opções específicas de preservação são discutidas mais detalhadamente no Capítulo 12 - Terapia hormonal e no Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

É importante que profissionais de saúde conheçam as opções de preservação da fertilidade existentes, para que possam transmitir essa informação a adolescentes. É recomendada a participação de responsáveis parentais nesse processo e que entendam, igualmente, os prós e contras das diferentes opções. Profissionais de saúde devem reconhecer que adolescentes e responsáveis parentais podem ter visões diferentes sobre a capacidade reprodutora e, portanto, podem tomar decisões diferentes (Quain et al., 2020). É por esse motivo que profissionais de saúde podem ser úteis para orientar esse processo, prestando especial atenção aos aspetos psicológicos e do desenvolvimento da preservação da fertilidade e à capacidade para tomar decisões de cada pessoa adolescente. Embora algumas pessoas adolescentes possam

pensar que a decisão sobre a sua capacidade reprodutora já está tomada, a possibilidade de que as suas opiniões, sobre terem, no futuro, crianças que tenham alguma ligação biológica consigo, possam mudar ao longo do tempo, tem de ser analisada juntamente com profissional de saúde que tenha experiência suficiente, que tenha conhecimentos sobre o desenvolvimento de adolescentes e que tenha experiência em trabalhar com responsáveis parentais.

A abordagem às consequências de longo prazo, sobre a fertilidade dos procedimentos médicos de afirmação de género, e a garantia de que adolescentes transgénero têm expectativas realistas relativamente às opções de preservação da fertilidade ou à adoção, não pode ser feita numa única conversa, devendo antes fazer parte de um diálogo contínuo. Este diálogo não deve ocorrer apenas antes do início de qualquer intervenção médica (supressão da puberdade, hormonas ou cirurgias), mas também durante os procedimentos adicionais e durante a transição.

Atualmente, existem apenas resultados preliminares de estudos retrospectivos, que avaliaram pessoas adultas transgénero e as decisões que tomaram, quando eram jovens, relativamente às consequências do procedimento médico de afirmação sobre a capacidade reprodutora. É importante não fazer suposições sobre quais serão os objetivos futuros que uma pessoa adolescente pode vir a ter na idade adulta. A investigação em sobreviventes de cancro infantil identificou participantes que reconheceram oportunidades perdidas quanto à preservação da fertilidade, que relataram desconforto e arrependimento em torno da possível infertilidade (Armuan et al., [2014](#); Ellis et al., [2016](#); Lehmann et al., [2017](#)). Além disso, pessoas com cancro, para quem ter crianças biológicas não era uma prioridade antes do tratamento, relataram ter «mudado de ideias» depois de terem sobrevivido (Armuan et al.,

[2014](#)).

Tendo em consideração as complexidades das diferentes opções de preservação da fertilidade e os desafios que profissionais de saúde podem enfrentar ao discutir a fertilidade com adolescentes e as suas famílias (Tishelman et al., [2019](#)), uma consulta de fertilidade é algo importante a ter em consideração para todas as pessoas adolescentes transgénero, que procuram procedimentos médicos de afirmação, a menos que, no contexto local, os planos dos seguros de saúde ou o sistema público de saúde não cubram consultas de fertilidade, estas não estejam disponíveis a nível local ou as circunstâncias individuais as tornem inadequadas.

Declaração 6.11

Recomendamos que, quando procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género forem indicados para adolescentes, profissionais de saúde, que trabalham com adolescentes transgénero e de género diverso, envolvam responsáveis parentais no processo de avaliação e nos procedimentos, a menos que esse envolvimento seja considerado prejudicial para a pessoa adolescente ou seja inviável.

Quando houver alguma indicação de que uma pessoa adolescente pode beneficiar de um procedimento médico ou cirúrgico de afirmação de género, é recomendado envolver responsáveis parentais no processo de avaliação, em quase todas as situações (Edwards-Leeper & Spack, [2012](#); Rafferty et al., [2018](#)). As exceções podem incluir situações em que a pessoa adolescente se encontra em famílias de acolhimento, em serviços de proteção à criança, ou em ambos, e o envolvimento parental ou da tutela seja impossível, inadequado ou prejudicial. O apoio de familiares, ou responsáveis parentais, a jovens TGD é um dos principais indicadores do seu bem-estar e protege a saúde mental de jovens TGD (Gower, Rider, Coleman et al.,

[2018](#); Grossman et al., [2019](#); Lefevor et al., 2019; McConnell et al., [2015](#); Pariseau et al., [2019](#); Ryan, [2009](#); Ryan et al., [2010](#); Simons et al., [2013](#); Wilson et al., [2016](#)). Consequentemente, a inclusão de responsáveis parentais no processo de avaliação, para incentivar e facilitar o aumento da compreensão e apoio parental à pessoa adolescente, pode ser uma das mais úteis práticas disponíveis.

Responsáveis parentais podem fornecer informações essenciais para a equipa clínica, tais como o histórico do género e do desenvolvimento global, os antecedentes médicos e de saúde mental, bem como contributos sobre o nível atual de apoio, de desempenho geral e de bem-estar da pessoa jovem. A concordância ou a divergência dos relatos fornecidos pela pessoa adolescente e pelas pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais pode constituir uma informação importante para a equipa de avaliação e ajudar na conceção e formatação de modelos individualizados de apoios para a pessoa jovem e familiares (De Los Reyes et al., [2019](#); Katz-Wise et al., [2017](#)). O conhecimento do contexto familiar, incluindo fatores de resiliência e desafios, pode ajudar quem presta cuidados a saber onde é que serão necessários apoios especiais, durante o processo do procedimento médico. O envolvimento de responsáveis parentais também é importante para educar as famílias sobre as várias possibilidades de procedimentos, a necessidade de acompanhamento contínuo e de cuidados de saúde e as possíveis complicações dos procedimentos. Através da psicoeducação, em relação às opções clínicas de cuidados de saúde relacionados com o género, e da participação no processo de avaliação, que se pode desenvolver ao longo do tempo, as pessoas cuidadoras ou responsáveis parentais podem entender melhor a experiência e as necessidades relacionadas com o género da sua criança adolescente (Andrzejewski et al., [2020](#); Katz-Wise et al., [2017](#)). As preocupações ou

questões de responsáveis parentais, sobre a estabilidade das necessidades relacionadas com o género ao longo do tempo e as implicações das várias intervenções de afirmação de género, são frequentes e não devem ser descartadas. É conveniente que responsáveis parentais coloquem essas questões, havendo casos em que as perguntas ou preocupações de responsáveis parentais são especialmente úteis para informar as decisões e planear os procedimentos. Por exemplo, um relatório de responsáveis parentais pode proporcionar um contexto essencial, em situações em que a pessoa jovem tem um autoconhecimento muito recente, ou súbito, da diversidade de género e um pedido correspondente para procedimento de género, ou quando há preocupação com uma possível influência excessiva de colegas ou de redes sociais sobre o conceito atual de género autodeterminado de uma pessoa jovem. A contextualização do relatório de responsáveis parentais é, igualmente, crítica, dado que o relatório do histórico de género de uma pessoa jovem, tal como transmitido por responsáveis parentais, pode ou não estar alinhado com o autorrelato da pessoa jovem. É importante ressaltar que o historial de género pode ser desconhecido para responsáveis parentais, porque o género pode ser uma experiência interna para as pessoas jovens, desconhecida por outras pessoas, a menos que seja falada. Por este motivo, o relato de uma pessoa adolescente sobre o seu historial e experiência de género é central para o processo de avaliação.

Algumas pessoas progenitoras podem ter crenças desfavoráveis ou antagónicas sobre identidades TGD, sobre cuidados clínicos relativos ao género, ou sobre ambos (Clark et al., [2020](#)). Essas perspetivas desfavoráveis constituem um importante alvo terapêutico para as famílias. Embora, em alguns casos, as perspetivas parentais problemáticas possam parecer rígidas, quem presta cuidados não deve assumir que seja sempre esse o caso. Há

muitos exemplos de responsáveis parentais que, ao longo do tempo, com apoio e psicoeducação, foram aceitando cada vez melhor a diversidade de gênero e as necessidades de cuidados da sua criança TGD.

Ajudar jovens e responsáveis parentais a trabalhar em conjunto sobre decisões importantes relativas a cuidados de saúde relacionados com o gênero é um objetivo principal. No entanto, em alguns casos, a rejeição de responsáveis parentais, tanto da criança adolescente como das suas necessidades relacionadas com o gênero, pode ser demasiada para que possam fazer parte do processo de avaliação clínica. Nestas situações, as pessoas jovens podem necessitar do envolvimento de sistemas de defesa de direitos e apoio, de maior dimensão, para progredirem com o suporte e cuidados necessários (Dubin et al., [2020](#)).

Declaração 6.12

Recomendamos que profissionais de saúde, que avaliam adolescentes transgênero e de gênero diverso, apenas recomendem procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de gênero, solicitados pela pessoa, quando:

Declaração 6.12a

A pessoa adolescente preenche os critérios de diagnóstico para incongruência de gênero, de acordo com a CID-11, nas situações em que é necessário um diagnóstico para ter acesso a cuidados de saúde. Nos países que não tenham implementado a CID mais recente, poderão ser utilizadas outras taxonomias, embora devam ser realizados esforços para utilizar a CID mais recente, o mais rapidamente possível.

Profissionais de saúde, que trabalham com adolescentes TGD, devem perceber que, embora uma classificação possa dar acesso aos cuidados, a patologização de identidades transgênero pode ser vivenciada como estigmatizante (Beek et al., [2016](#)). As

avaliações relacionadas com saúde de gênero e diversidade de gênero têm sido criticadas e existem controvérsias em torno dos sistemas de diagnóstico (Drescher, [2016](#)).

Profissionais de saúde devem avaliar a história global, relacionada com o gênero, e as necessidades de cuidados relacionados com o gênero de jovens. Através deste processo de avaliação, profissionais de saúde podem fornecer um diagnóstico, quando este for necessário para obter acesso a cuidados de saúde transgênero.

Incongruência de gênero e disforia de gênero são os dois termos diagnósticos usados na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria, respetivamente. Destes dois sistemas de classificação amplamente utilizados, o DSM destina-se apenas a classificações psiquiátricas e a CID contém todas as doenças e condições, relacionadas com a saúde física e mental. As versões mais recentes destes dois sistemas, o DSM-5 e a CID-11, refletem uma longa história de reconceptualização e despsicopatologização de diagnósticos, relacionados com o gênero (American Psychiatric Association, [2013](#); World Health Organization, [2019a](#)). Comparativamente com a versão anterior, o DSM-5 substituiu a perturbação de identidade de gênero pela disforia de gênero, reconhecendo o desconforto vivido por algumas pessoas, decorrente da incongruência entre a identidade de gênero sentida e o sexo atribuído à nascença. Na revisão mais recente, o DSM-5-TR, não foram feitas alterações nos critérios de diagnóstico para disforia de gênero. No entanto, a terminologia foi adaptada para a linguagem atual mais apropriada (por exemplo, gênero atribuído à nascença em vez de gênero de nascimento e procedimento de afirmação de gênero em vez de reatribuição de gênero (American

Psychiatric Association, [2022](#)).

Comparativamente com a 10ª edição da CID, a classificação de incongruência de género foi transferida do capítulo de Saúde Mental para o capítulo de Condições Relacionadas com a Saúde Sexual na CID-11. Quando comparada com a classificação de disforia de género, no DSM-5, uma reconceptualização importante é o desconforto não ser um indicador necessário da incongruência de género na classificação CID-11 (WHO, [2019a](#)). De facto, quando se cresce num ambiente de apoio e aceitação, o critério de desconforto e comprometimento, um componente intrínseco de todas as condições de saúde mental, pode não ser aplicável (Drescher, [2012](#)). Como tal, a classificação de incongruência de género da CID-11 pode captar melhor a plenitude das experiências de diversidade de género e as necessidades clínicas de género relacionadas.

Os critérios para a classificação de incongruência de género da CID-11, na adolescência ou na idade adulta, exigem uma incongruência acentuada e persistente entre o género vivenciado por uma pessoa e o sexo atribuído, o que leva muitas vezes à necessidade de «transição», para viver e ser aceite como uma pessoa do género vivenciado. Para algumas pessoas, isso inclui terapia hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde, para permitir que o corpo da pessoa se adeque, tanto quanto necessário, e na medida do possível, com o género vivenciado pela pessoa. Relevante para adolescentes é o indicador de que não pode ser atribuída uma classificação «antes do início da puberdade». Finalmente, realça-se «que o comportamento e as preferências da não conformidade de género, por si só, não constituem uma base para atribuir a classificação» (WHO, ICD-11, [2019a](#)).

Os critérios para a classificação de disforia de género no DSM-5 e no DSM-5-TR, na adolescência e na idade adulta, denotam «uma incongruência acentuada, entre o género

vivenciado ou expressado por uma pessoa e o género atribuído, com uma duração de pelo menos 6 meses» (critério A, cumprido quando 2 dos 6 subcritérios se manifestam; DSM-5, APA, [2013](#); DSM 5-TR, APA, [2022](#)).

É importante notar que, embora uma classificação relacionada com o género seja um dos requisitos para receber cuidados médicos de afirmação de género, tal classificação por si só não indica que uma pessoa necessita de cuidados médicos de afirmação. A gama de experiências juvenis de incongruência de género necessita que profissionais disponibilizem uma variedade de procedimentos ou intervenções, com base nas necessidades individuais.

Aconselhamento, exploração do género, avaliação da saúde mental e, quando necessário, tratamento por profissionais de saúde mental, com formação em desenvolvimento do género, podem ser todos indicados, com ou sem a implementação de cuidados de médicos de afirmação.

Declaração 6.12.b

A experiência de diversidade ou incongruência de género é acentuada e persistente ao longo do tempo.

A exploração e consolidação da identidade são vivenciadas por muitas pessoas adolescentes (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, [2018](#)). A exploração da identidade, durante a adolescência, pode incluir um processo de autodescoberta em torno do género e da identidade de género (Steensma, Kreukels et al., [2013](#)). Pouco se sabe sobre o modo como os processos subjacentes à consolidação da identidade de género, durante a adolescência (por exemplo, o processo de assumir identidades específicas), podem influenciar a(s) experiência(s) ou necessidades de uma pessoa jovem ao longo do tempo.

Consequentemente, o nível de reversibilidade de uma intervenção médica de afirmação de género deve ser considerado, juntamente com

a duração sustentada da experiência de incongruência de gênero de uma pessoa jovem, quando se inicia o procedimento. Tendo em consideração as possíveis mudanças nas experiências e necessidades relacionadas com o gênero, durante a adolescência, é importante determinar se a pessoa jovem vivenciou vários anos de diversidade ou incongruência de gênero persistente, antes de iniciar procedimentos menos reversíveis, tais como hormonas ou cirurgias de afirmação de gênero. O procedimento de supressão da puberdade, que proporciona mais tempo para adolescentes mais jovens desenvolverem as suas capacidades de tomada de decisão, também coloca questões importantes (ver Declaração 6.12f e Capítulo 12 - Terapia hormonal), sugerindo a importância de uma experiência persistente de incongruência ou diversidade de gênero antes do início. No entanto, nesta faixa etária de adolescentes mais jovens, vários anos é uma duração nem sempre exequível ou necessária, tendo em consideração a premissa do procedimento como um meio de ganhar tempo, evitando o desconforto de mudanças irreversíveis na puberdade. Para jovens que vivenciaram um período de menor duração de incongruência de gênero, os apoios médicos relacionados com a transição social e/ou outros (por exemplo, supressão menstrual ou bloqueio de androgénios) também podem proporcionar algum alívio, além de fornecer informações adicionais à equipa clínica, sobre as necessidades mais alargadas de cuidados de saúde relacionados com o gênero de uma pessoa jovem (ver Declarações 6.4, 6.6 e 6.7).

Estabelecer evidência de diversidade ou incongruência de gênero persistentes implica, habitualmente, uma avaliação cuidadosa com a pessoa jovem, ao longo do tempo (ver Declaração 6.3). Sempre que possível e quando apropriado, o processo de avaliação e discernimento também deve incluir responsáveis parentais (ver Declaração 6.11). A evidência que demonstre a diversidade ou

incongruência de gênero persistentes ao longo do tempo pode ser fornecida através de histórico obtido diretamente da pessoa adolescente e responsáveis parentais, quando essas informações não se encontram registadas nos ficheiros clínicos.

A literatura sobre estudos que analisam a continuidade *versus* a descontinuidade das necessidades ou pedidos de cuidados médicos de afirmação de gênero é complexa e, de algum modo, de interpretação difícil. Uma série de estudos realizados nas últimas décadas, incluindo alguns com desafios de ordem metodológica (tal como observado por Temple Newhook et al., [2018](#); Winters et al., [2018](#)), sugerem que a experiência de incongruência de gênero não é consistente para todas as crianças à medida que progredem para a adolescência. Por exemplo, um subconjunto de jovens que vivenciaram incongruência de gênero, ou que fizeram a transição social, antes da puberdade pode mostrar, ao longo do tempo, uma redução, ou até mesmo uma descontinuação total, da incongruência de gênero (de Vries et al., [2010](#); Olson et al., [2022](#); Ristori & Steensma, [2016](#); Singh et al., [2021](#); Wagner et al., [2021](#)). No entanto, tem havido menos estudos focados nas taxas de continuidade e descontinuidade da incongruência de gênero e das necessidades relacionadas com o gênero em populações púberes e adolescentes. Os dados disponíveis, sobre coortes alargadas de pessoas púberes ou adolescentes, não selecionadas, referenciadas por gênero (da clínica transgênero de Amesterdão) sugerem que, após avaliações prolongadas no tempo, um subconjunto de adolescentes com incongruência de gênero, que se apresentavam para cuidados de saúde relacionados com o gênero, optou por não continuar cuidados médicos de afirmação de gênero (Arnoldussen et al., [2019](#); de Vries, Steensma et al., [2011](#)). É importante destacar que os resultados de estudos de coortes, com pessoas púberes ou adolescentes com incongruência de gênero, em que pessoas participantes, que tinham sido submetidas a

uma avaliação abrangente sobre o gênero, ao longo do tempo, que tinham apresentado incongruência de gênero e necessidades de cuidados de saúde relacionados com o gênero de forma persistente e que foram referenciadas para cuidados médicos de gênero, sugerem baixos níveis de arrependimento, relativamente às decisões de cuidados médicos relacionados com o gênero (de Vries et al., [2014](#); Wiepjes et al., [2018](#)). Fundamentalmente, estes resultados de arrependimento reduzido apenas podem ser aplicados, atualmente, a jovens que tenham demonstrado incongruência de gênero e necessidades relacionadas com o gênero de forma persistente, ao longo do tempo, tal como determinado através de uma avaliação abrangente e iterativa (ver Declaração 6.3).

Declaração 6.12.c

A pessoa adolescente demonstra a maturidade emocional e cognitiva necessária para dar o consentimento informado ou autorização para o procedimento.

O processo de consentimento informado inclui a comunicação entre a pessoa que recebe cuidados e a pessoa que os presta, relativamente à compreensão daquela sobre uma eventual intervenção, bem como, em última análise, sobre a sua decisão de ser submetida à intervenção. Na maioria dos contextos, para menores de idade, quem detém a responsabilidade legal sobre si é parte integrante do processo de consentimento informado: se um procedimento tiver de ser realizado, cabe à pessoa legalmente responsável (frequentemente pessoas cuidadoras e/ou responsáveis parentais) dar o respetivo consentimento informado. Na maioria dos contextos, a concordância é um processo de algum modo paralelo, em que a pessoa menor e a pessoa prestadora de cuidados dialogam sobre a intervenção e esta avalia o nível de compreensão e intenção daquela.

Uma etapa necessária no processo de consentimento informado ou autorização, para ponderar cuidados médicos de afirmação de gênero, é uma análise cuidadosa com profissionais de saúde com qualificação e formação para avaliar a maturidade emocional e cognitiva de adolescentes. Os efeitos reversíveis e irreversíveis dos procedimentos, bem como as opções de preservação da fertilidade (quando aplicáveis), e todos os possíveis riscos e benefícios da intervenção são componentes importantes da análise. Essas discussões são necessárias para obter o consentimento informado ou a autorização. A avaliação da maturidade cognitiva e emocional é importante, pois ajuda a equipa de cuidados de saúde a compreender a capacidade da pessoa adolescente de ser informada. As competências necessárias para autorizar ou consentir qualquer intervenção ou procedimento médicos incluem a capacidade de 1) compreender a natureza do procedimento; 2) refletir sobre as opções de procedimento, incluindo os riscos e benefícios; 3) reconhecer a natureza da decisão, incluindo as consequências a longo prazo; e 4) comunicar a opção (Grootens-Wiegers et al., [2017](#)). No caso de procedimentos médicos de afirmação de gênero, uma pessoa jovem deve estar bem informada sobre aquilo que o procedimento pode ou não concretizar, cronologias típicas para que as mudanças surjam (por exemplo, com hormonas de afirmação de gênero) e quaisquer implicações da interrupção do procedimento. Jovens com diversidade de gênero devem compreender totalmente os aspetos reversíveis, parcialmente reversíveis e irreversíveis de um dado procedimento, bem como os limites do que se sabe sobre determinados procedimentos (por exemplo, o impacto da supressão da puberdade no desenvolvimento do cérebro (Chen e Loshak, [2020](#))). Jovens de gênero diverso também devem compreender que, embora muitas pessoas jovens de gênero diverso iniciem os cuidados médicos de afirmação de gênero e considerem esses cuidados como uma boa

opção para si a longo prazo, há um subconjunto de pessoas que, com o tempo, descobrem que esses cuidados não constituem uma boa opção (Wiepjes et al., [2018](#)). As pessoas jovens devem saber que, por vezes, essas mudanças estão relacionadas com uma alteração nas necessidades de género ao longo do tempo e, em alguns casos, a uma modificação da própria identidade de género. Tendo em consideração esta informação, jovens de género diverso devem ser capazes de refletir, ponderadamente, sobre as opções de procedimentos, analisando as opções disponíveis. Além disso, como base para dar a sua concordância, a pessoa jovem de género diverso tem de ser capaz de comunicar a sua escolha.

As competências requeridas para realizar as tarefas necessárias para autorizar ou consentir podem não surgir espontaneamente em determinadas idades (Grootens-Wiegers et al., [2017](#)). Pode haver variabilidade nessas capacidades, relacionada com diferenças de desenvolvimento e condições de saúde mental (Shumer & Tishelman, [2015](#)) e dependente das oportunidades que uma pessoa jovem teve para pôr em prática essas competências (Alderson, [2007](#)). Além disso, a avaliação da maturidade emocional e cognitiva deve ser realizada separadamente para cada decisão sobre procedimentos relacionados com género (Vrouenraets et al., [2021](#)).

As questões seguintes podem ser úteis na avaliação da capacidade emocional e cognitiva da pessoa jovem, para concordar ou dar consentimento a um procedimento específico de afirmação de género:

- A pessoa jovem consegue refletir cuidadosamente sobre o futuro e ter em consideração as implicações de uma intervenção parcial ou totalmente irreversível?
- A pessoa jovem tem capacidade de autorreflexão suficiente, para ter em consideração a possibilidade de que as

necessidades e prioridades relacionadas com o género podem evoluir longo do tempo e que as prioridades relacionadas com o género podem mudar a dada altura?

- A pessoa jovem já pensou, até certo ponto, nas implicações do que poderá fazer caso as suas prioridades em relação ao género se venham a alterar no futuro?
- A pessoa jovem é capaz de compreender e de gerir os aspetos quotidianos, de curto e longo prazo, de um determinado procedimento médico (por exemplo, cumprimento e administração da terapia e acompanhamento médico necessário)?

A avaliação da maturidade emocional e cognitiva pode ser realizada ao longo do tempo, à medida que a equipa de cuidados continuar a dialogar sobre as opções de procedimentos e a oferecer à pessoa jovem a oportunidade de pensar de forma pragmática sobre o futuro e ponderar, de forma flexível, sobre as opções e as implicações. Para jovens com diferenças de desenvolvimento neurológico e/ou de alguns tipos de saúde mental, as competências para refletir sobre o futuro, para planear, para considerar o quadro global e para autorreflexão podem estar menos desenvolvidas (Dubbelink & Geurts, [2017](#)). Nesses casos, pode ser necessária uma abordagem mais cuidadosa quanto à autorização e ao consentimento, o que pode incluir tempo adicional e oportunidades estruturadas, para que a pessoa jovem possa praticar as competências necessárias para a tomada de decisões médicas (Strang, Powers et al., [2018](#)).

Para situações específicas, em que uma pessoa adolescente, menor de idade, dá o consentimento para o seu próprio procedimento, sem permissão parental (ver Declaração 6.11), deve haver um cuidado acrescido para apoiar a tomada de decisão informada da pessoa adolescente. Habitualmente, isso implica maiores níveis de

envolvimento e de colaboração entre profissionais de saúde que trabalham com a pessoa adolescente, para lhe proporcionar apoio cognitivo e emocional apropriado para ponderar opções, analisar os benefícios face às possíveis dificuldades ou custos e desenvolver um plano para qualquer apoio necessário (e, provavelmente, contínuo) associado ao procedimento.

Declaração 6.12.d

As questões de saúde mental da pessoa adolescente (se existirem), que possam interferir na certeza diagnóstica, na capacidade de dar consentimento e/ou nos procedimentos médicos de afirmação de género, foram analisadas.

A evidência indica que adolescentes TGD apresentam um risco aumentado para questões de saúde mental, frequentemente relacionadas com a rejeição da família ou responsáveis parentais, com ambientes comunitários não afirmativos e com fatores relacionados com a neurodiversidade (por exemplo, de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). As dificuldades a nível da saúde mental de uma pessoa jovem podem influenciar a conceptualização da sua história de desenvolvimento de género e as necessidades relacionadas com a identidade de género, a capacidade da pessoa adolescente para dar consentimento e a capacidade da pessoa jovem para se comprometer com, ou receber, procedimentos médicos. Além disso, tal como com jovens cisgénero, jovens TGD podem ter problemas de saúde mental, independentemente da presença de disforia de género ou incongruência de género. Em particular, a depressão e a automutilação constituem uma preocupação específica; muitos estudos revelam classificações de depressão e problemas emocionais e comportamentais comparáveis aos notificados em populações referenciadas para clínicas de saúde mental (Leibowitz & de Vries, 2016). Foram igualmente notificadas taxas superiores

de ideação suicida, tentativas de suicídio e automutilação (de Graaf et al., 2020). Adicionalmente, as perturbações do comportamento alimentar ocorrem com maior frequência do que a esperada em populações não referenciadas (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). É importante destacar que adolescentes TGD apresentam taxas elevadas de perturbações ou características no espectro do autismo (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; ver também a Declaração 6.1d). Podem, igualmente, estar presentes outras perturbações do neurodesenvolvimento e/ou questões de saúde mental, (por exemplo, PHDA, perturbação do desenvolvimento intelectual e perturbações psicóticas (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

É importante notar que muitas pessoas adolescentes transgénero não apresentam qualquer problema funcional e têm poucos ou nenhuns problemas de saúde mental. Por exemplo, adolescentes púberes, que fizeram a transição social e que realizam procedimentos médicos de afirmação de género, em clínicas especializadas de diversidade de género, podem apresentar resultados, na área da saúde mental, equivalentes aos de pares cisgénero (por exemplo, de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). Uma das principais tarefas de quem presta cuidados de saúde é avaliar qual a direção das relações existentes, entre quaisquer problemas de saúde mental e a autocompreensão das necessidades de cuidados de saúde de género da pessoa jovem, e, em seguida, estabelecer prioridades em conformidade.

As dificuldades em termos de saúde mental podem dificultar a avaliação e a resolução das necessidades relacionadas com o género de adolescentes TGD de várias maneiras:

1. Primeiro, quando uma pessoa adolescente TGD apresenta ideação suicida aguda, comportamentos

autolesivos, perturbações do comportamento alimentar, ou outras crises de saúde mental, que ameaçam a saúde física, deve ser dada prioridade à segurança. De acordo com o contexto local e as diretrizes existentes, os cuidados de saúde adequados devem tentar mitigar a ameaça ou a crise, de modo a que haja tempo e estabilidade suficientes para uma avaliação e uma tomada de decisão ponderadas, relativamente ao género. Por exemplo, uma pessoa adolescente, com ideação suicida ativa, pode não ser capaz, do ponto de vista emocional, de tomar uma decisão informada relativamente a procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género. Se tal for indicado, as intervenções relacionadas com a segurança não devem impedir o início dos cuidados de saúde de afirmação de género.

2. Em segundo lugar, a saúde mental também pode complicar a avaliação do desenvolvimento de género e das necessidades relacionadas com a identidade de género. Por exemplo, é fundamental distinguir a incongruência de género de apresentações específicas da área da saúde mental, tais como obsessões e compulsões, interesses específicos nas perturbações do espectro do autismo, rigidez de pensamento, problemas mais amplos de identidade, dificuldades de interação com responsáveis parentais, ansiedades de desenvolvimento graves (por exemplo, medo de crescer e mudanças pubertárias não relacionadas com a identidade de género), trauma ou pensamentos psicóticos. Os problemas de saúde mental que interferem com a lucidez sobre o desenvolvimento da identidade e a tomada de decisões relacionadas com o género devem ter prioridade e ser tratados.
3. Em terceiro lugar, a tomada de decisões sobre procedimentos médicos de afirmação de género, que têm consequências para o resto da vida, implica uma reflexão ponderada, direcionada para o futuro, por parte da pessoa adolescente, com o apoio de responsáveis parentais, tal como indicado (ver Declaração 6.11). Para ser capaz de tomar uma tal decisão informada, uma pessoa adolescente deve ser capaz de compreender as questões, de indicar uma opção, de analisar e refletir ponderadamente sobre o desejo de procedimentos médicos de afirmação de género (ver Declaração 6.12c). As diferenças no neurodesenvolvimento, tais como traços do espectro do autismo ou perturbações do espectro do autismo (ver Declaração 6.1d, por exemplo, diferenças na comunicação; uma preferência por raciocínio concreto ou rígido; diferenças na autoconsciência no pensamento sobre o futuro e no planeamento), podem dificultar o processo de avaliação e de tomada de decisão; jovens neurodivergentes podem necessitar de apoio, estruturação, psicoeducação e tempo adicionais, integrados no processo de avaliação (Strang, Powers et al., [2018](#)). Outras apresentações no âmbito da saúde mental, que envolvam redução da comunicação e da autorrepresentação, dificuldades em se envolver na avaliação, dificuldades de memória e concentração, desespero e dificuldade em desenvolver pensamentos orientados para o futuro, podem complicar a avaliação e a tomada de decisões. Nestes casos, é frequentemente necessário um prolongamento do tempo antes de tomar qualquer decisão sobre procedimentos médicos de afirmação de género.
4. Por fim, apesar de ser importante abordar as preocupações com a saúde mental, durante o curso do

procedimento médico, isso não significa que todos os problemas de saúde mental possam ou devam ser totalmente solucionados. No entanto, é importante que quaisquer preocupações com a saúde mental sejam suficientemente abordadas, para que o procedimento médico de afirmação de gênero possa ser devidamente realizado (por exemplo, cumprimento do esquema posológico, comparecer às consultas médicas de acompanhamento e autocuidado, especialmente durante uma fase pós-operatória).

Declaração 6.12.e

A pessoa adolescente foi informada sobre os efeitos na reprodução, incluindo a potencial perda de fertilidade, e sobre as opções disponíveis para preservar a fertilidade e que estas foram analisadas no contexto da fase de desenvolvimento púbere da pessoa adolescente.

Para obter orientações sobre a abordagem clínica, o contexto científico e a fundamentação lógica, consulte o Capítulo 12 - Terapia hormonal e o Capítulo 16 - Saúde reprodutiva.

Declaração 6.12.f

A pessoa adolescente atingiu o estágio 2 da Escala da puberdade de Tanner para poder iniciar a supressão da puberdade.

O início da puberdade é um ponto crucial para muitas pessoas jovens de gênero diverso. Para algumas, origina um agravamento da incongruência de gênero e, para outras, o início da puberdade pode levar à fluidez de gênero (por exemplo, uma transição de uma identidade de gênero binária para uma não binária) ou até mesmo à atenuação de uma identidade de gênero anteriormente afirmada (Drummond et al., [2008](#); Steensma et al., [2011](#); Steensma, Kreukels et al., [2013](#); Wallien & Cohen-Kettenis, [2008](#)). A utilização de medicamentos bloqueadores da puberdade,

tais como os análogos da GnRH, não é recomendada até que as crianças tenham atingido no mínimo o estágio 2 da Escala da puberdade de Tanner, porque a experiência da puberdade física pode ser crucial para o desenvolvimento adicional da identidade de gênero em algumas pessoas adolescentes TGD (Steensma et al., [2011](#)). Conseqüentemente, os bloqueadores da puberdade não devem ser implementados em jovens de gênero diverso pré-púberes (Waal & Cohen-Kettenis, [2006](#)). Para algumas pessoas jovens, os agonistas da GnRH podem ser adequados nos últimos estádios ou no período pós-pubertário (por exemplo, estádios 4 ou 5 de Tanner) e esta questão deve ser altamente personalizada. Consulte o Capítulo 12 - Terapia hormonal, para uma revisão mais abrangente da utilização de agonistas da GnRH.

As variações no momento do início da puberdade devem-se a múltiplos fatores (por exemplo, sexo atribuído à nascença, genética, nutrição, etc.). A escala da puberdade de Tanner refere-se a cinco estádios do desenvolvimento pubertário, que vão desde pré-púberes (estádio 1 de Tanner) até pós-púberes e maturidade sexual adulta (estádio 5 de Tanner) (Marshall & Tanner, [1969](#), 1970). A quem foi atribuído sexo feminino à nascença, o início da puberdade (por exemplo, gonadarca) é definido pelo aparecimento de botões mamários (estádio 2 de Tanner) e, a quem foi atribuído o sexo masculino à nascença, pela obtenção de um volume testicular maior ou igual a 4 ml (Roberts & Kaiser, [2020](#)). Deve recorrer-se a pessoa médica experiente para diferenciar o início da puberdade de mudanças físicas, tais como pelos púbicos e odor corporal apócrino, devidas a esteroides sexuais produzidos pela glândula suprarrenal (por exemplo, adrenerca), já que a adrenerca não justifica a utilização de medicamentos bloqueadores da puberdade (Roberts & Kaiser, [2020](#)). Educar responsáveis parentais e famílias sobre a diferença entre a adrenerca e a gonadarca,

ajuda as famílias a reconhecer o momento em que deve ser tomada a decisão, partilhada com a equipa multidisciplinar, sobre procedimentos médicos de afirmação.

A importância de abordar outros riscos e benefícios da supressão da puberdade, tanto hipotéticos como reais, não pode ser sobrestimada. A evidência sustenta a existência de implicações cirúrgicas para meninas transgénero que prosseguem com a supressão da puberdade (van de Grift et al., 2020). Existem dados longitudinais que demonstram melhorias na satisfação romântica e sexual de adolescentes que fazem supressão da puberdade, terapia hormonal e cirurgia (Bungerer et al., 2020). Um estudo sobre os resultados cirúrgicos da vaginoplastia intestinal laparoscópica (realizada devido à existência de pouco tecido genital, após a utilização de bloqueadores da puberdade), em mulheres transgénero, revelou que a maioria teve orgasmos após a cirurgia (84%), embora não tenha sido analisada no estudo nenhuma correlação específica entre os resultados do prazer sexual e o momento do início da supressão da puberdade (Bouman, van der Sluis et al., 2016), nem o estudo se aplica àquelas que preferiram um procedimento cirúrgico diferente. Isto sublinha a importância de encetar diálogos com as famílias sobre as incógnitas futuras relacionadas com os resultados cirúrgicos e de saúde sexual.

Declaração 6.12.g

A pessoa adolescente teve no mínimo 12 meses de terapia hormonal de afirmação de género, ou mais se necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido com os procedimentos de afirmação de género, incluindo aumento mamário, orquiectomia, vaginoplastia, histerectomia, faloplastia, metoidioplastia e cirurgia facial, como parte do procedimento de afirmação de género, a menos que a terapia hormonal não seja pretendida ou esteja medicamente contraindicada.

A THAG leva a mudanças anatómicas, fisiológicas e psicológicas. O aparecimento dos efeitos anatómicos (por exemplo, crescimento do clitóris, crescimento da mama, atrofia da mucosa vaginal) pode começar pouco tempo após o início da terapia e o efeito máximo é esperado após 1–2 anos (T'Sjoen et al., 2019). Para assegurar tempo suficiente para as adaptações psicológicas às mudanças físicas, durante um período importante do desenvolvimento para a pessoa adolescente, sugerem-se 12 meses de terapia hormonal. Dependendo do resultado cirúrgico pretendido, pode ser necessário um período de terapia hormonal mais prolongado (por exemplo, suficiente virilização clitoriana antes da metoidioplastia ou faloplastia, crescimento da mama e expansão cutânea antes do aumento mamário, amaciamento cutâneo e alterações na distribuição da gordura facial antes de CAG facial) (de Blok et al., 2021).

Para pessoas que não tomam hormonas antes das intervenções cirúrgicas, é importante que as pessoas cirurgiãs verifiquem o impacto da terapia hormonal sobre a cirurgia proposta. Além disso, para pessoas submetidas a gonadectomia, que não estão a tomar hormonas, pode ser elaborado um plano para substituição hormonal, com a pessoa responsável pela prescrição, antes da cirurgia.

Crítérios etários para o procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género em adolescentes

A idade apresenta uma forte correlação, embora imperfeita, com o desenvolvimento cognitivo e psicossocial e pode ser um indicador objetivo útil para determinar o possível momento das intervenções (Ferguson et al., 2021). Podem ser exigidas idades superiores (ou seja, mais avançadas) para procedimentos com maior grau de irreversibilidade, de complexidade, ou de ambas. Essa abordagem permite uma maturação cognitiva ou emocional contínua, que pode ser necessária para que a pessoa

adolescente pondere integralmente e dê o seu consentimento a procedimentos cada vez mais complexos (ver Declaração 6.12c).

Um conjunto crescente de evidência indica que disponibilizar procedimentos de afirmação de gênero a jovens de gênero diverso, que preencham os critérios, conduz a resultados positivos (Achille et al., [2020](#); de Vries et al., [2014](#); Kuper et al., [2020](#)). Há, no entanto, dados limitados sobre o momento ideal para realizar as intervenções de afirmação de gênero, bem como sobre os resultados físicos, psicológicos e de desenvolvimento neurológico de longo prazo em jovens (Chen et al., [2020](#); Chew et al., [2018](#); Olson-Kennedy et al., [2016](#)). Atualmente, os únicos estudos longitudinais existentes, que avaliam resultados de pessoas jovens e adultas de gênero diverso, são baseados num modelo específico (ou seja, a abordagem holandesa), que contou com uma avaliação inicial abrangente e com acompanhamento. Nesta abordagem, a supressão da puberdade foi considerada aos 12 anos, a THAG aos 16 anos e as intervenções cirúrgicas após os 18 anos, com exceções em alguns casos. Não está claro se os desvios relativamente a esta abordagem levariam a resultados iguais ou diferentes. Estão atualmente em curso estudos longitudinais para definir melhor os resultados, bem como a segurança e a eficácia dos procedimentos de afirmação de gênero em jovens (Olson-Kennedy, Garofalo et al., [2019](#); Olson-Kennedy, Rosenthal et al., [2019](#)). Embora não se conheçam totalmente os efeitos a longo prazo dos procedimentos de afirmação de gênero na adolescência, também têm de ser consideradas as possíveis consequências negativas para a saúde de atrasar os procedimentos (de Vries et al., [2021](#)). À medida que a base de evidência sobre os resultados das intervenções de afirmação de gênero em jovens continua a crescer, as recomendações sobre o momento e a disponibilidade para essas intervenções podem ser atualizadas.

As orientações anteriores, sobre procedimentos de afirmação de gênero em adolescentes, recomendavam que a THAG, parcialmente reversível, podia ser iniciada por volta dos 16 anos de idade (Coleman et al., [2012](#); Hembree et al., [2009](#)). As orientações mais recentes sugerem que podem existir motivos convincentes para iniciar a THAG antes dos 16 anos, embora existam poucos estudos sobre jovens que iniciaram hormonas antes dos 14 anos de idade (Hembree et al., [2017](#)). Um motivo convincente para iniciar mais cedo a THAG, por exemplo, pode ser para evitar uma supressão da puberdade prolongada, tendo em consideração as possíveis questões de saúde óssea e as implicações psicossociais de atrasar a puberdade, tal como descrito em mais detalhes no Capítulo 12— Terapia hormonal (Klink, Caris et al., [2015](#); Schagen et al., [2020](#); Vlot et al., [2017](#); Zhu & Chan, [2017](#)). A puberdade é um período de desenvolvimento cerebral e cognitivo significativo. O possível impacto sobre o desenvolvimento neurológico da supressão da puberdade prolongada em jovens com gênero diverso foi especificamente identificado como uma área que precisa de estudo contínuo (Chen et al., [2020](#)). Embora os análogos da GnRH tenham demonstrado ser seguros, quando usados para o tratamento da puberdade precoce, há preocupações sobre se o atraso da exposição a hormonas sexuais (endógenas ou exógenas), num momento máximo de mineralização óssea, pode levar à diminuição da densidade mineral óssea. A possível diminuição da densidade mineral óssea, bem como o significado clínico de qualquer diminuição, necessitam de estudos adicionais (Klink, Caris et al., [2015](#); Lee, Finlayson et al., [2020](#); Schagen et al., [2020](#)). As implicações psicossociais, potencialmente negativas, de não iniciar a puberdade, ao mesmo tempo que colegas, podem constituir uma pressão adicional para jovens de gênero diverso, embora esta questão não tenha sido explicitamente estudada. Ao ponderar o momento para o início das hormonas de

afirmação de gênero, quem presta cuidados de saúde deve comparar os potenciais riscos e benefícios, físicos e psicológicos, de iniciar o procedimento, com os potenciais riscos e benefícios de o atrasar. Este processo também pode ajudar a identificar fatores prementes que podem justificar uma abordagem individualizada.

Estudos realizados com jovens transmasculinos demonstraram que a disforia mamária está associada a maiores taxas de ansiedade, depressão e desconforto e pode levar a limitações funcionais, tais como evitar fazer exercício ou tomar banho (Mehringer et al., 2021 ; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018 ; Sood et al., 2021). Infelizmente, a testosterona tem muito pouco efeito no alívio desse desconforto, embora a masculinização do peito seja uma opção para algumas pessoas resolverem esse desconforto a longo prazo. Estudos com jovens que procuraram cirurgia de masculinização do peito, para aliviar a disforia mamária, demonstraram bons resultados cirúrgicos, satisfação com os resultados e arrependimento mínimo durante o período de controlo do estudo (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). A cirurgia de masculinização do peito pode ser considerada em menores de idade, quando for adequada, do ponto de vista clínico e do desenvolvimento, conforme determinado por uma equipa multidisciplinar, com experiência em adolescentes e no desenvolvimento de gênero (consulte as declarações relevantes neste capítulo). A duração ou a utilização, no momento, da terapia com testosterona não deve impedir a cirurgia, caso esta esteja indicada. As necessidades de algumas pessoas jovens TGD podem ser satisfeitas apenas com a cirurgia de masculinização do peito. O aumento da mama pode ser necessário para jovens transfemininas, embora existam menos dados sobre este procedimento em jovens, possivelmente por haver menos pessoas a solicitar este procedimento (Boskey et al., 2019; James, 2016). A THAG, especificamente

os estrogénios, pode ajudar no desenvolvimento do tecido mamário e é recomendado que as pessoas jovens tenham no mínimo 12 meses de terapia hormonal, ou mais, consoante o que for indicado cirurgicamente, antes do aumento da mama, a menos que a terapia hormonal não seja clinicamente indicada ou esteja clinicamente contraindicada.

Os dados sobre o momento ideal para iniciar outros procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero em adolescentes são limitados. Isso deve-se, em parte, ao acesso limitado a esses procedimentos, que varia consoante as localizações geográficas (Mahfouda et al., 2019). Os dados indicam que as taxas de cirurgias de afirmação de gênero aumentaram desde 2000 e que houve um aumento no número de jovens TGD que pretendem realizar vaginoplastias (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). Um estudo de 2017, com 20 pessoas cirurgiãs pertencentes à WPATH nos EUA, indicou que um pouco mais de metade tinham realizado vaginoplastias em menores (Milrod & Karasic, 2017). Os dados disponíveis sobre os resultados de jovens submetidos a vaginoplastia são limitados. Pequenos estudos relataram melhoria do funcionamento psicossocial e diminuição da disforia de gênero em pessoas adolescentes submetidas a vaginoplastia (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Embora as dimensões das amostras sejam pequenas, estes estudos sugerem que, para algumas pessoas adolescentes, realizar estes procedimentos antes dos 18 anos pode ser benéfico. Os fatores que podem sustentar a realização destes procedimentos, em jovens com idade inferior a 18 anos, incluem o aumento da disponibilidade de apoio de familiares, maior facilidade em gerir os cuidados pós-operatórios, antes de começar a realizar tarefas ligadas ao início da idade adulta (por exemplo, entrar na universidade ou no mercado de trabalho), e preocupações com a segurança em espaços públicos (ou seja, para reduzir a violência transfóbica) (Boskey et

al., [2018](#); Boskey et al., [2019](#); Mahfouda et al., [2019](#)). Dada a complexidade e a irreversibilidade destes procedimentos, é essencial a realização de uma avaliação da capacidade da pessoa adolescente para cumprir as recomendações de cuidados pós-cirúrgicos e para compreender os impactos a longo prazo desses procedimentos sobre a função reprodutora e sexual (Boskey et al., [2019](#)). Dada a complexidade da faloplastia e as elevadas taxas atuais de complicações, comparativamente a outros procedimentos cirúrgicos de afirmação de género,

atualmente, esta cirurgia não é recomendada para jovens com idade inferior a 18 anos (consulte o Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios). Fatores relevantes adicionais, que devem ser tidos em consideração quando se avalia o momento para realizar as intervenções, juntamente com jovens e as famílias, são abordados com mais detalhe nas declarações 6.12a-f. Para um resumo dos critérios ou recomendações para procedimentos médicos de afirmação de género, clinicamente necessários, em adolescentes, consulte o [Anexo D](#)

CAPÍTULO 7 Crianças

Estas Normas de Cuidados de Saúde referem-se a crianças pré-púberes de género diverso e são baseadas em investigação, princípios éticos e conhecimento especializado acumulado. Os princípios subjacentes a estas normas incluem os seguintes 1) a diversidade de género na infância é um aspeto expectável do desenvolvimento geral humano (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018); 2) a diversidade de género na infância não é uma patologia nem uma perturbação da saúde mental (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3) as expressões de género diverso em crianças nem sempre podem ser consideradas como reflexo de uma identidade transgénero ou de uma incongruência de género (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4) a orientação por parte de profissionais de saúde mental, com experiência em cuidados de saúde relacionados com o género em crianças, pode ser útil para apoiar uma adaptação positiva, bem como o discernimento das necessidades relacionadas com o género ao longo do tempo (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al. al., 2018); 5) as terapias de conversão para a diversidade de género em crianças (ou seja, quaisquer tentativas «terapêuticas» de obrigar uma criança de género diverso, através de palavras, ações, ou ambas, a identificar-se ou a comportar-se de acordo com o género associado ao sexo atribuído à nascença), são prejudiciais e repudiamos totalmente a sua utilização (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020)

Ao longo do texto, o termo «profissional de saúde» é usado com um sentido lato para se referir a profissionais que trabalham com crianças de género diverso. Contrariamente a jovens pubescentes e a pessoas adultas, as crianças pré-púberes de género diverso não são elegíveis para aceder a intervenções

médicas (Pediatric Endocrine Society, 2020); consequentemente, quando se procura um acompanhamento profissional, o mais provável é que este seja de profissional de saúde com especialização em apoio psicossocial e desenvolvimento de género. Por isso, este capítulo foca-se exclusivamente em práticas psicossociais adequadas ao desenvolvimento, embora profissionais de saúde diferentes, tais como especialistas em pediatria e em medicina geral e familiar, possam, igualmente, considerar estas normas úteis, à medida que se envolvem em trabalho profissional com crianças de género diverso e as suas famílias.

Este capítulo utiliza o termo «género diverso», dado que as trajetórias de género em crianças pré-púberes não podem ser antecipadas e podem evoluir ao longo do tempo (Steensma, Kreukels et al., 2013). Ao mesmo tempo, este capítulo reconhece que algumas crianças permanecerão estáveis numa identidade de género que expressam desde tenra idade e que é divergente do sexo atribuído à nascença (Olson et al., 2022). O termo «género diverso» inclui crianças transgénero binárias e não binárias, bem como crianças de género diverso que, em última análise, não se irão identificar como transgénero numa fase posterior das suas vidas. A terminologia está intrinsecamente vinculada à cultura e evolui ao longo do tempo. Consequentemente, é possível que alguns termos aqui usados se venham a tornar desatualizados e que possamos encontrar melhores descritores.

Este capítulo descreve aspetos de cuidados clinicamente necessários destinados a promover o bem-estar e as necessidades relacionadas com o género de crianças (ver declaração sobre clinicamente necessário no capítulo de Aplicabilidade Global, Declaração 2.1). Este capítulo defende que todas as pessoas utilizem estas normas, na medida do possível. Pode haver situações ou locais em que os recursos recomendados não estejam totalmente disponíveis. Profissionais de saúde

ou equipes sem recursos têm de trabalhar para tentar cumprir estas normas. No entanto, caso existam limitações inultrapassáveis, que impeçam algumas componentes destas recomendações, isso não deverá prejudicar a prestação dos melhores serviços disponíveis em cada momento. Nos locais onde existem alguns, mas nem todos os serviços recomendados, a opção por não implementar serviços de cuidados de saúde potencialmente benéficos pode ser prejudicial para as crianças (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). De um modo geral, é imperativo dar prioridade ao interesse superior de uma criança.

Há uma extensa bibliografia empírica, na área da psicologia, que indica que as experiências da primeira infância criam, frequentemente, as condições para padrões perpétuos de risco e/ou resiliência e contribuem para uma trajetória de desenvolvimento mais ou menos propícia ao bem-estar e a uma qualidade de vida positiva (Anda et al., 2010 ; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). De um modo geral, os estudos disponíveis indicam que jovens de género diverso apresentam maior risco para vivenciar dificuldades psicológicas (Ristori & Steensma, 2016) do que pares cisgénero, emparelhados por idade, como consequência de se depararem com experiências destrutivas, incluindo trauma e maus-tratos, resultantes de rejeição, relacionada com a diversidade de género, e de outras interações hostis de não aceitação (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Além disso, a literatura indica que as crianças pré-púberes, cujas identidades de género diverso são bem aceites, são, geralmente, equilibradas do ponto de vista emocional (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). Habitualmente, a avaliação e o tratamento de crianças enfatizam uma

abordagem *ecológica*, que reconhece que as crianças têm de se sentir seguras e acarinhadas em todos os ambientes que frequentam (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979 ; Kaufman & Tishel Man, 2018 ; Lynch & Cicchetti, 1998 ; Tishelman et al., 2010 1h; Zielinski & Bradshaw, 2006). Deste modo, a perspectiva deste capítulo baseia-se em literatura psicológica básica e no conhecimento dos riscos específicos para as crianças de género diverso, realçando a integração de uma abordagem ecológica que permita compreender as suas necessidades e promover uma saúde mental positiva em todos os cuidados de saúde relacionados com o género. Esta perspectiva dá prioridade à promoção do bem-estar e da qualidade de vida de uma criança ao longo do seu desenvolvimento. Além disso, este capítulo também adota o ponto de vista, apoiado pela vasta investigação psicológica mencionada acima, de que os cuidados psicossociais de afirmação de género (Hidalgo et al., 2013) para crianças pré-púberes proporciona uma janela de oportunidades para promover uma trajetória de bem-estar, que as irá apoiar ao longo do tempo e durante a sua transição para a adolescência. Esta abordagem pode potencialmente mitigar alguns dos riscos frequentes para a saúde mental, que adolescentes transgénero e de género diverso (TGD) enfrentam, tal como frequentemente se encontra descrito na literatura (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015).

A investigação sobre o desenvolvimento tem-se concentrado na compreensão de vários aspetos do desenvolvimento de género nos primeiros anos da infância, com base numa população geral de crianças pré-púberes. Tipicamente, esta investigação tem-se fundamentado no pressuposto de que quem participa em estudos infantis são crianças cisgénero (Olezeski et al., 2020) e tem relatado

que a estabilidade da identidade de gênero ocorre nos anos pré-escolares para as crianças em geral, a maioria das quais, com grande probabilidade, não é de gênero diverso (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). Recentemente, estudos sobre desenvolvimento demonstraram que a diversidade de gênero pode ser observada e identificada em crianças jovens pré-púberes (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). No entanto, os estudos empíricos nesta área são limitados e, neste momento, não há medidas robustas de avaliação psicométrica capazes de determinar de forma fiável e/ou completa qual a autocompreensão que uma criança pré-púbere detém sobre o seu próprio gênero e/ou as necessidades e preferências relacionadas com o gênero (Bloom et al., 2021). Consequentemente, este capítulo sublinha a importância de uma abordagem clínica diferenciada e individualizada para a análise do gênero, consistente com as recomendações de diversas diretrizes e publicações (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). A investigação e a experiência clínica indicaram que a diversidade de gênero em crianças pré-púberes pode ser fluida para algumas delas; não há meios fiáveis de prever a evolução do gênero de uma determinada criança (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), e as necessidades relacionadas com o gênero para uma dada criança podem variar ao longo da sua infância.

É importante compreender o significado do termo «análise» (por vezes usado como sinónimo do termo «avaliação»). Existem inúmeros contextos para realizar uma análise (Krishnamurthy et al., 2004), incluindo análises rápidas, que ocorrem durante uma crise imediata (por exemplo, análise da segurança, se uma criança tiver ideação suicida) e análises direcionadas, se uma família tiver uma dúvida circunscrita, muitas

vezes no contexto de uma consulta relativamente breve (Berg & Edwards-Leeper, 2018). O termo análise também é frequentemente usado relativamente a «análise diagnóstica», que também pode ser chamada de «avaliação inicial», e que se destina a determinar se existe algum problema que possa ser diagnosticado e/ou que possa beneficiar de um processo terapêutico. Este capítulo foca-se em análises abrangentes, úteis para compreender as necessidades e os objetivos de uma criança e da sua família (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Este tipo de análise psicossocial não se destina necessariamente a todas as crianças de gênero diverso, mas pode ser solicitada por diversos motivos. As análises podem constituir uma boa oportunidade para iniciar um processo de apoio a uma criança de gênero diverso e à sua família, sabendo que crianças de gênero diverso beneficiam de dinâmicas familiares que incluem aceitação da sua diversidade de gênero e orientação parental quando solicitada. As análises abrangentes são adequadas quando solicitadas por uma família que pretenda um conhecimento completo sobre as necessidades de gênero e de saúde mental da criança, no contexto da diversidade de gênero.

Nessas circunstâncias, os problemas de saúde mental de familiares, as dinâmicas familiares e os contextos sociais e culturais, que, no seu conjunto, influenciam uma criança de gênero diverso, devem ser tidos em consideração (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Esta questão será mais bem detalhada no texto abaixo.

É importante que profissionais de saúde, que trabalham com crianças de gênero diverso, se esforcem para compreender os diversos aspetos da identidade e da experiência da criança e da família: raciais, étnicos, condição

Declarações de Recomendação

7.1- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso recebam formação e possuam competências em desenvolvimento do género e diversidade de género em crianças, e tenham conhecimentos gerais sobre a diversidade de género ao longo da vida.

7.2- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso recebam formação teórica e baseada na evidência e desenvolvam competências em saúde mental geral infantil e familiar, para todo o espectro do desenvolvimento.

7.3- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso recebam formação e desenvolvam competências em perturbações do espectro do autismo e outras neurodiversidades, ou que colaborem com especialistas com experiência relevante, quando trabalharem com crianças de género diverso que sejam autistas ou neurodivergentes.

7.4- Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso se empenhem na formação contínua, relacionada com crianças de género diverso e as suas famílias.

7.5- Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de género diverso, tenham acesso e integrem informações de várias fontes como parte dessa análise.

7.6- Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de género diverso, tenham em consideração fatores de desenvolvimento relevantes, a função neurocognitiva e as competências linguísticas.

7.7- Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de género diverso, tenham em consideração fatores que possam limitar o relato preciso da identidade de género/expressão de género pela criança e/ou família/pessoa(s) cuidadora(s).

7.8- Recomendamos que profissionais de saúde ponderem o aconselhamento ou a psicoterapia, ou ambos, para uma criança de género diverso e família/responsáveis parentais, quando profissionais de saúde e as famílias acreditam que isso iria beneficiar o bem-estar e o desenvolvimento de uma criança e/ou família.

7.9- Recomendamos que profissionais de saúde, que fazem aconselhamento, psicoterapia, ou ambos, a crianças de género diverso e famílias/responsáveis parentais, trabalhem com outros contextos e pessoas importantes para a criança, de modo a promover a resiliência e o bem-estar emocional da criança.

7.10- Recomendamos que profissionais de saúde, que fazem aconselhamento, psicoterapia, ou ambos, a crianças de género diverso e famílias/responsáveis parentais, proporcionem a ambas as partes psicoeducação sobre desenvolvimento do género, apropriada à idade.

7.11- Recomendamos que, à medida que as crianças se aproximam da puberdade, profissionais de saúde forneçam informações a crianças de género diverso e respetivas famílias/responsáveis parentais sobre possíveis intervenções médicas de afirmação de género, sobre os efeitos desses procedimentos na fertilidade futura e sobre opções para preservação da fertilidade.

7.12- Recomendamos que as pessoas progenitoras/cuidadoras e profissionais de saúde reajam favoravelmente às crianças que desejem ser reconhecidas pelo género que corresponde à sua noção interior de identidade de género.

7.13- Recomendamos que profissionais de saúde e pessoas progenitoras/cuidadoras apoiem as crianças para que continuem a explorar o seu género ao longo dos anos pré-púberes, independentemente da transição social.

7.14- Recomendamos que profissionais de saúde discutam os possíveis riscos e benefícios de uma transição social com as famílias que a estão a ponderar.

7.15- Sugerimos que profissionais de saúde ponderem trabalhar em colaboração com profissionais e organizações diferentes para promover o bem-estar de crianças de género diverso e minimizar as adversidades que estas podem enfrentar.

de pessoa imigrante ou refugiada, religiosos, geográficos e socioeconómicos, por exemplo, e que tenham respeito e sejam sensíveis aos contextos culturais nas interações clínicas (Telfer et al., 2018). Há muitos fatores que podem ser relevantes para a cultura e para o género, incluindo crenças religiosas, expectativas relacionadas com o género e o grau de aceitação da diversidade de género (Oliphant et al., 2018). As intersecções entre diversidade de género, diversidade sociocultural e estatuto de minoria podem ser fontes de resistência, de stress social, ou de ambos (Brown & Mar,

2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016).

Cada criança, familiar e dinâmica familiar é única e engloba, potencialmente, múltiplas culturas e padrões de crença. Desse modo, profissionais de saúde de todas as especialidades devem evitar estereotipar, com base em ideias preconcebidas, que podem ser incorretas ou tendenciosas (por exemplo, que uma família que pertence a uma determinada organização religiosa, que se opõe ao reconhecimento da diversidade de género, não irá necessariamente apoiar a diversidade de género da sua criança) (Brown & Mar, 2018).

Em vez disso, é essencial abordar cada família com abertura, considerando cada familiar e cada padrão familiar como realidades distintas.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 7.1

Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso recebam formação e possuam competências em desenvolvimento do género e diversidade de género em crianças, e tenham conhecimentos gerais sobre a diversidade de género ao longo da vida.

Profissionais que trabalham com crianças de género diverso devem adquirir e manter a formação e as credenciais necessárias que sejam relevantes para o âmbito do seu papel como profissionais. Isso inclui licenciamento, certificação, ou ambos, por organismos de acreditação nacionais e/ou regionais adequados. Reconhecemos que as especificidades de credenciação e regulamentação profissional variam a nível global. É importante realçar que o licenciamento básico, ou a certificação, ou ambos, podem não ser suficientes, por si só, para garantir a competência no trabalho com crianças de género diverso, dado que é requerido especificamente que possuam formação aprofundada e experiência supervisionada em desenvolvimento de género na infância e em diversidade de género para prestar cuidados de saúde adequados.

Declaração 7.2

Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de género diverso recebam formação teórica e baseada na evidência e desenvolvam competências em saúde mental geral infantil e familiar, para todo o espectro do desenvolvimento.

Profissionais de saúde devem receber formação e adquirir competências supervisionadas em saúde mental geral infantil e familiar, para todo o espectro de desenvolvimento, desde a primeira infância até à adolescência, incluindo abordagens de análise e de intervenção baseadas na evidência. A diversidade de género não é uma perturbação da saúde mental; no entanto, tal como mencionado acima, sabemos que a saúde mental de crianças de género diverso pode ser negativamente influenciada (por exemplo, através do stress das minorias de género) (Hendricks & Testa, 2012) e que aquelas podem beneficiar da exploração e apoio; portanto, a competência a nível da saúde mental é altamente recomendada. Trabalhar com crianças é um empreendimento complexo, envolvendo a compreensão das necessidades de desenvolvimento de uma criança em várias idades, a capacidade de compreender as forças que afetam o bem-estar de uma criança dentro e fora da família (Kaufman & Tishelman, 2018) e a capacidade de realizar uma análise completa quando uma criança está infeliz ou a sentir grandes dificuldades a nível da saúde mental, relacionadas ou não com o género. A investigação indicou níveis elevados de experiências adversas e de trauma na comunidade de crianças de género diverso, incluindo suscetibilidade à rejeição ou mesmo maus-tratos (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Profissionais de saúde têm de ter consciência do potencial existente para experiências adversas e ser capazes de iniciar intervenções eficazes para prevenir danos e promover o bem-estar positivo.

Declaração 7.3

Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de gênero diverso recebam formação e desenvolvam competências em perturbações do espectro do autismo e outras neurodiversidades, ou que colaborem com especialistas com experiência relevante, quando trabalharem com crianças de gênero diverso que sejam autistas ou neurodivergentes.

A experiência da diversidade de gênero em crianças autistas, bem como em crianças com outras formas de neurodivergência, pode apresentar complexidades clínicas adicionais (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). Por exemplo, crianças com perturbações do espectro do autismo podem sentir dificuldade em defender as suas próprias suas necessidades relacionadas com o gênero e podem comunicar de formas extremamente individualizadas (Kovalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). Podem ter interpretações diversas sobre as experiências relacionadas com o gênero, dadas as diferenças frequentes no estilo de comunicação e pensamento. Devido às necessidades específicas de crianças de gênero diverso, que sejam neurodivergentes, estas podem apresentar um maior risco de serem mal interpretadas (ou seja, de que as suas comunicações sejam mal interpretadas). Consequentemente, profissionais que disponibilizam apoio a estas crianças poderão ser-lhes mais úteis se receberem formação e desenvolverem competências em autismo e em apresentações relacionadas com desenvolvimento neurológico, bem como se colaborarem com especialistas em autismo (Strang, Meagher et al., 2018). Essa formação é especialmente relevante dado que a investigação documentou taxas mais elevadas de perturbações do espectro do autismo entre jovens de gênero diverso do que na população em geral (de Vries et al.,

2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

Declaração 7.4

Recomendamos que profissionais de saúde que trabalham com crianças de gênero diverso se empenhem na formação contínua, relacionada com crianças de gênero diverso e as suas famílias.

O desenvolvimento profissional contínuo, relativamente a crianças de gênero diverso e famílias, pode ser adquirido de diversas formas, incluindo leituras (artigos em revistas, livros, sítios de internet associados a organizações com conhecimentos na área do gênero), participação em formação on-line e presencial e integração em grupos de supervisão ou aconselhamento de pares (Bartholomaeus et al., 2021).

A educação contínua inclui 1) manter conhecimentos atualizados sobre estudos disponíveis e relevantes sobre desenvolvimento do gênero e diversidade de gênero em crianças pré-púberes e sobre diversidade de gênero ao longo da vida; 2) manter conhecimentos atualizados sobre as melhores práticas de análise, apoio e abordagens terapêuticas com crianças e famílias de gênero diverso. Esta é uma área clínica relativamente nova e implica a adaptação de profissionais de saúde à medida que vão surgindo novas informações através da investigação e de outras vias (Bartholomaeus et al., 2021).

Declaração 7.5

Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de gênero diverso, cedam e integrem informações de várias fontes como parte dessa análise.

Uma análise abrangente, quando solicitada por uma família e/ou profissional de saúde, pode ser útil para elaborar recomendações de intervenção, consoante necessário, para beneficiar o bem-estar da criança e demais

familiares. Essa análise pode ser benéfica em diversas situações em que uma criança e/ou a sua família ou responsáveis parentais, em coordenação com quem presta cuidados, sentem que determinado tipo de intervenção pode ser útil. Nem as análises nem as intervenções devem alguma vez ser usadas como meio de desencorajar, aberta ou dissimuladamente, as expressões ou a identidade de uma criança de género diverso. Pelo contrário, se quem presta cuidados tiver a formação devida, a análise pode ser um meio eficaz de perceber melhor qual o modo de apoiar uma criança e a sua família, sem privilegiar nenhuma identidade ou expressão de género em particular. Uma análise pode ser especialmente importante para algumas crianças e suas famílias, através da colaboração para promover a saúde relacionada com o género, o bem-estar e a realização pessoal de uma criança. Uma análise abrangente pode facilitar a criação de um plano individualizado para apoiar crianças pré-púberes de género diverso e familiares (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). Em análises desse tipo, é importante integrar informações de várias fontes para 1) entender melhor as necessidades de género da criança e fazer recomendações; e 2) identificar áreas de pontos fortes e de suporte da criança, família, responsáveis parentais e comunidade, específicos da condição e do desenvolvimento do género da criança, bem como riscos e preocupações para a criança, família ou responsáveis parentais e meio ambiente. Há diversas pessoas que podem contribuir tanto para a avaliação como para o planeamento do apoio ou intervenção e que podem incluir a criança, responsáveis parentais família alargada, irmãos e irmãs, pessoal da escola, profissionais de saúde, a comunidade, contextos culturais e legais mais amplos e outras fontes, tal como

indicado (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Profissionais de saúde que realizem uma análise de crianças de género diverso têm de explorar questões relacionadas com o género, mas também devem ter uma visão holística da criança e do meio ambiente, consistente com o modelo ecológico descrito anteriormente (Bronfenbrenner, 1979) para entenderem totalmente os fatores que afetam o bem-estar de uma criança e as áreas de apoio e de risco quanto ao género (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Isso inclui identificar os pontos fortes e os desafios que as crianças ou famílias enfrentam e que estão presentes no meio ambiente. Aconselhamos profissionais de saúde que realizem uma análise com crianças de género diverso a ponderar a integração de vários domínios de análise, consoante as necessidades e circunstâncias das crianças e das famílias. Embora alguns dos últimos domínios listados abaixo não abordem diretamente o género da criança (ver itens 7–12 abaixo), têm de ser tidos em consideração numa análise de género, em conformidade com o discernimento clínico, para entender a complexa rede de fatores que pode estar a afetar o bem-estar da criança de forma integrada, incluindo a saúde de género, consistente com as melhores práticas de avaliação (APA, 2015 ; Berg & Edwards-Leeper, 2018 ; Malpas et al., 2018) e elaborar uma intervenção multifacetada, quando necessário.

Resumindo, a partir de investigação relevante e prática clínica, os domínios de análise geralmente incluem 1) a identidade de género e a expressão de género afirmadas pela criança, no presente e no passado; 2) evidência de disforia, de incongruência de género ou de ambas; 3) pontos fortes e desafios relacionados com as crenças e as atitudes da criança, da família, de colegas e demais pessoas sobre diversidade de género, aceitação e apoio à

criança; 4) experiências da criança e da família de stress das minorias de género, e rejeição ou hostilidade ou ambas devido à diversidade de género da criança; 5) nível de apoio relacionado com a diversidade de género em contextos sociais (por exemplo, escola, comunidade religiosa, família alargada); 6) avaliação de conflitos relativos ao género da criança e/ou comportamento preocupante de familiares ou responsáveis parentais relativamente à diversidade de género da criança; 7) saúde mental da criança, pontos fortes e desafios a nível comunicacional e/ou cognitivo, neurodiversidade e/ou desafios comportamentais que provoquem dificuldade funcional significativa; 8) historial médico e de desenvolvimento relevante; 9) áreas que podem constituir riscos (por exemplo, exposição a violência doméstica e/ou comunitária, qualquer forma de maus-tratos infantis; antecedentes de trauma; segurança e/ou vitimização com colegas ou em qualquer outro contexto; ideação suicida); 10) fatores familiares de stress significativos concomitantes, tais como doenças crónicas ou terminais, situação de sem-abrigo ou pobreza; 11) saúde mental e/ou problemas comportamentais de familiares ou responsáveis parentais que causem dificuldades funcionais significativas; e 12) pontos fortes e dificuldades da criança e da família. Uma análise completa, que inclua vários métodos de recolha de informação, é útil para entender as necessidades, os pontos fortes, os fatores de proteção e os riscos para uma determinada criança e família em diversos ambientes (por exemplo, em casa e na escola). Os métodos de recolha de informação geralmente incluem 1) entrevistas com a criança, familiares e outras pessoas (por exemplo, professoras), estruturadas e não estruturadas; 2) medições padronizadas, realizadas pela criança e por responsáveis parentais, relacionadas com o género; bem-

estar geral da criança; competências comunicacionais e cognitivas da criança e perturbações ou deficiências do desenvolvimento; apoio e aceitação por familiares próximos, responsáveis parentais, família alargada e colegas; stress parental; antecedentes de adversidades na infância; e/ou outras questões, consoante adequado (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

Dependendo das características familiares, do perfil de desenvolvimento da criança, ou de ambos, os métodos de recolha da informação também podem beneficiar da inclusão dos seguintes 1) observação, estruturada e não estruturada da criança e/ou da família; e 2) técnicas de avaliação estruturadas e com apoio visual (fichas de trabalho; autorretratos; desenhos da família, etc.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

Declaração 7.6

Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de género diverso, tenham em consideração fatores de desenvolvimento relevantes, a função neurocognitiva e as competências linguísticas.

Tendo em consideração as complexidades da análise de crianças pequenas que, ao contrário das pessoas adultas, estão em processo de desenvolvimento em diversos domínios (cognitivo, social, emocional, fisiológico), é importante considerar o estado de desenvolvimento de uma criança e direcionar as modalidades e interações de análise para as capacidades individuais da criança. Isso inclui adaptar a análise à fase de desenvolvimento e às competências de uma criança (idade pré-escolar, idade escolar, início da puberdade antes da adolescência), incluindo a utilização de linguagem e de abordagens de análise que privilegiem o conforto da criança, as competências linguísticas e as formas de autoexpressão (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Por exemplo, durante a

realização da análise, devem ser tidos em consideração fatores de desenvolvimento relevantes, tais como diferenças neurocognitivas (por exemplo, condições no espectro do autismo) e competências linguísticas de recepção e de expressão. Pode ser necessário que profissionais de saúde se aconselhem com especialistas, para orientação, nos casos em que não possuem as competências especializadas requeridas (Strang et al., 2021).

Declaração 7.7

Recomendamos que profissionais de saúde, que realizam uma análise com crianças de género diverso, tenham em consideração fatores que possam limitar o relato preciso da identidade de género ou expressão de género pela criança e/ou família ou responsáveis parentais.

Profissionais de saúde que realizem análises com crianças de género diverso e famílias precisam de ter em consideração fatores emocionais, ambientais e de desenvolvimento, que possam limitar o relato da criança, de responsáveis parentais, irmãos ou outras ou influenciar os respetivos sistemas de crenças relacionados com o género (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Tal como em todas as análises psicológicas de crianças, as reações ambientais e de familiares ou responsáveis parentais (por exemplo, castigos) e/ou fatores cognitivos e sociais podem influenciar o conforto e/ou a capacidade da criança para abordar diretamente certos fatores, incluindo a identidade de género e questões relacionadas (Srinath, 2019). De modo semelhante, familiares podem sentir constrangimento em expressar livremente as suas preocupações e ideias, dependendo de conflitos ou dinâmicas familiares e/ou outras influências (por exemplo, culturais e religiosas; pressão da família alargada) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Declaração 7.8

Recomendamos que profissionais de saúde ponderem o aconselhamento ou a psicoterapia, ou ambos, para uma criança de género diverso e sua família ou responsáveis parentais, quando as famílias e profissionais de saúde acreditam que isso iria beneficiar o bem-estar e o desenvolvimento de uma criança e/ou família.

O objetivo da psicoterapia nunca deve ter como objetivo a modificação da identidade de género de uma criança (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020), seja abertamente ou de forma dissimulada. Nem todas as crianças de género diverso ou as suas famílias necessitam de contributos de profissionais de saúde mental, dado que a diversidade de género não é uma perturbação da saúde mental (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). No entanto, frequentemente é adequado e útil realizar psicoterapia, quando há desconforto ou quando as pessoas progenitoras demonstram preocupação, para melhorar a saúde psicossocial e evitar o agravamento do desconforto (APA, 2015). Alguns dos motivos frequentes para ponderar a psicoterapia para uma criança de género diverso e família incluem os seguintes 1) A criança apresenta conflitos, confusão, stress ou desconforto relevantes sobre a sua identidade de género ou necessita de um espaço protegido para explorar o seu género (Ehrensaft, 2018; Spivey e Edwards-Leeper, 2019); 2) A criança está a ser alvo de pressão externa para expressar o seu género de uma forma que entra em conflito com o seu autoconhecimento, desejos e crenças (APA, 2015); 3) A criança está a debater-se com questões de saúde mental, relacionadas ou não com o seu género (Barrow & Apostle, 2018); 4) A criança poderia beneficiar do fortalecimento da sua resiliência perante respostas negativas do seu meio envolvente relativamente à sua identidade ou apresentação de género (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) A criança pode estar a passar por problemas de saúde mental e/ou do seu contexto, incluindo problemas com o sistema familiar, que podem

ser confundidos com congruência ou incongruência de gênero (Berg & Edwards-Leeper, 2018); e 6) A criança expressa o desejo de se encontrar com alguém profissional de saúde mental para obter apoio relacionado com o gênero. Nessas situações, a psicoterapia irá focar-se no apoio à criança, sabendo que, se necessário, se poderão incluir responsáveis parentais e, possivelmente, diferentes familiares (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). A menos que esteja contraindicado, é extremamente útil a participação de responsáveis parentais, de alguma forma, no processo psicoterapêutico com crianças pré-púberes, dado que os fatores familiares são, muitas vezes, centrais para o bem-estar de uma criança. Embora seja uma questão relativamente inexplorada nos estudos que envolvem crianças de gênero diverso, pode ser importante prestar atenção à relação entre irmãs-irmãos e a criança de gênero diverso (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

Profissionais de saúde devem utilizar intervenções adaptadas às necessidades individuais da criança que sejam concebidas para 1) estimular capacidades de proteção para lidar com questões sociais e emocionais que promovam a resiliência, perante possíveis reações negativas à identidade e expressões de gênero da criança, ou a ambas (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) solucionar em conjunto dificuldades sociais para reduzir o stress das minorias relacionado com o gênero (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) reforçar os apoios do meio envolvente para a criança e/ou família mais próxima ou mais alargada (Kaufman & Tishelman, 2018); e 4) proporcionar à criança uma oportunidade para compreender melhor as suas experiências internas de gênero (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp,

2018). É útil o desenvolvimento de uma relação, que possa durar ao longo do tempo, consoante necessário, entre profissionais de saúde e uma criança de gênero diverso e sua família. Isso permite que a criança e a família estabeleçam uma relação de confiança duradoura ao longo da infância, que permita apoio e orientação por parte de profissional de saúde, à medida que a criança se torna mais madura e que possivelmente, surgem novos desafios ou necessidades para a criança e para a família (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). Para além do que se referiu anteriormente, e na medida dos recursos disponíveis, quando uma criança é neurodivergente, é mais adequado o acompanhamento por profissional de saúde que possua as competências para abordar tanto o gênero como as diferenças de desenvolvimento neurológico (Strang e outros., 2021). Conforme descrito na literatura, existem inúmeras razões pelas quais as pessoas progenitoras, responsáveis parentais, irmãs e família alargada de uma criança pré-púbere consideram útil fazer psicoterapia (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Tal como resumido abaixo, alguns dos catalisadores frequentes para procurar esse tipo de terapia ocorrem quando uma ou mais *peças da família*

- 1) pretendem formação sobre desenvolvimento do gênero (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); sentem grande confusão ou tensão quanto à identidade ou expressão de gênero da criança, ou ambas (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018);
- 3) necessitam de orientação relacionada com preocupações emocionais e comportamentais sobre a criança de gênero diverso (Barrow & Apostle, 2018);
- 4) precisam de apoio para promover ambientes de afirmação fora de casa (por exemplo, escola, desporto, acampamentos) (Kaufman & Tishelman, 2018);
- 5) procuram apoio para tomar decisões informadas sobre a transição social, incluindo sobre a melhor forma de a fazer privilegiando o desenvolvimento de gênero e a saúde da criança (Lev & Wolf-

Gould, 2018); 6) procuram orientação para lidar com a rejeição de outras pessoas, incluindo entidades políticas e legislação correspondente, relativamente ao seu apoio à criança de género diverso (por vezes, as reações negativas dirigidas contra responsáveis parentais podem incluir rejeição, assédio e agressão do meio social decorrentes de decisões de afirmação da identidade (Hidalgo & Chen, 2019); 7) estão a tentar processar as suas próprias reações e necessidades emocionais sobre a identidade de género da criança, incluindo o sofrimento quanto à diversidade de género da criança e/ou possíveis receios ou ansiedade quanto ao bem-estar atual e futuro da criança (Pullen Sansfaçon et al., 2019); e 8) estão emocionalmente perturbadas e/ou em conflito com outras pessoas da família relativamente à diversidade de género da criança (consoante necessário, podem ser disponibilizadas, por profissionais de saúde, sessões separadas para pessoas progenitoras, responsáveis parentais, irmãs e família alargada, para dar apoio orientação e/ou psicoeducação) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

Declaração 7.9

Recomendamos que profissionais de saúde, que fazem aconselhamento, psicoterapia, ou ambos, a crianças de género diverso, suas famílias ou responsáveis parentais, trabalhem com outros contextos e pessoas importantes para a criança, de modo a promover a resiliência e o bem-estar emocional da criança.

Em conformidade com o modelo ecológico descrito acima e, conforme adequado, com base nas circunstâncias individuais ou familiares, pode ser extremamente útil para profissionais de saúde que seja privilegiada a coordenação com outras pessoas importantes (por exemplo, docentes, agentes de formação, lideranças religiosas)

na vida de uma criança para promover a segurança emocional e física em todos os contextos (por exemplo, escola, locais de prática desportiva e de outras atividades recreativas, locais de prática espiritual e/ou religiosa) (Kaufman & Tishelman, 2018). Os grupos terapêuticos e/ou de apoio são frequentemente recomendados como um recurso valioso para famílias, responsáveis parentais e/ou para as próprias crianças de género diverso (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

Declaração 7.10

Recomendamos que profissionais de saúde, que fazem aconselhamento, psicoterapia, ou ambos, a crianças de género diverso, suas famílias ou responsáveis parentais, proporcionem a ambas as partes psicoeducação sobre desenvolvimento do género, apropriada à idade.

Devem ser dadas oportunidades para que a família ou responsáveis parentais de uma criança de género diverso desenvolvam conhecimentos sobre a melhor forma de a poderem ajudar, de modo a otimizar a sua capacidade de resiliência, autoconhecimento e funcionamento (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Não é possível prever com certeza a derradeira identidade de género da criança, nem é esse o papel que cabe a profissionais de saúde; em vez disso, a tarefa que lhes cabe é proporcionar um espaço seguro para que a identidade da criança se possa desenvolver e evoluir ao longo do tempo, sem tentativas de privilegiar determinada trajetória de desenvolvimento em relação ao género (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Crianças e jovens adolescentes de género diverso têm necessidades e experiências diferentes das de adolescentes mais velhos, a nível social e fisiológico, e essas diferenças devem estar refletidas na abordagem individualizada realizada por profissionais de saúde a cada criança ou família (Keo-Meir &

Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Responsáveis parentais e as suas crianças também devem ter a oportunidade de adquirir conhecimentos sobre desenvolvimento do género e literacia sobre o género através de psicoeducação adequada à faixa etária (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). A literacia sobre género implica a compreensão da distinção entre sexo atribuído à nascença, identidade de género e expressão de género, incluindo as formas como estes três fatores se unem de modo específico para uma criança (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). À medida que uma criança adquire literacia sobre género, começa a entender que as partes do seu corpo não definem forçosamente a sua identidade de género e/ou a sua expressão de género (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). A literacia sobre o género também envolve aprender a identificar mensagens e experiências relacionadas com o género na sociedade. À medida que uma criança adquire literacia sobre o género, pode começar a olhar para o desenvolvimento da sua identidade de género e da sua expressão de género de forma mais positiva, promovendo a resiliência e a autoestima e diminuindo o risco de vergonha perante mensagens negativas do ambiente que a rodeia. Adquirir literacia sobre o género, através da psicoeducação, também pode ser relevante para irmãs ou irmãos e para a família alargada ou pessoas que são importantes para a criança (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

Declaração 7.11

Recomendamos que, à medida que as crianças se aproximam da puberdade, profissionais de saúde forneçam informações a crianças de género diverso e respetivas famílias ou responsáveis parentais sobre possíveis intervenções

médicas de afirmação de género, sobre os efeitos desses procedimentos na fertilidade futura e sobre opções para a preservação da fertilidade.

Quando uma criança fica mais velha e se aproxima da puberdade, o trabalho com as crianças e responsáveis parentais deve ser privilegiado por profissionais de saúde, de modo a integrar psicoeducação sobre puberdade, a promover a participação partilhada nas tomadas de decisão sobre possíveis intervenções médicas de afirmação de género e a discutir as implicações dos procedimentos médicos sobre a saúde reprodutiva, a fertilidade e outras implicações para a saúde reprodutiva (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Apesar de a investigação empírica existente para avaliar essas intervenções ainda ser reduzida, de um modo geral, o consenso de especialistas e a literatura sobre psicologia do desenvolvimento apoiam a ideia de que uma comunicação aberta com as crianças sobre os seus corpos e a preparação para as mudanças fisiológicas da puberdade, juntamente com a aceitação da afirmação de género, irão promover a resiliência e apoiar o desenvolvimento de uma sexualidade positiva à medida que a criança se aproxima da adolescência (Spencer, Berg et al., 2019). Todas estas discussões podem ser alargadas (por exemplo, começando mais precocemente) para incluir crianças neurodivergentes, para garantir que há tempo suficiente para reflexão e compreensão, especialmente porque as opções relativamente a futuros cuidados médicos de afirmação de género irão surgir com grande probabilidade (Strang, Jarin et al., 2018). Estas conversas podem incluir os seguintes temas:

- Revisão das várias partes do corpo e das suas diferentes funções;
- As formas como o corpo de uma criança pode mudar ao longo do tempo, com e sem intervenção médica;

- O impacto das intervenções médicas no funcionamento sexual e na fertilidade a posteriori;
- O impacto da supressão da puberdade em possíveis intervenções médicas posteriores;
- Reconhecimento da atual falta de dados clínicos em determinadas áreas relacionadas com o impacto da supressão da puberdade;
- A importância de uma educação sexual adequada antes da puberdade.

Estas conversas devem utilizar linguagens e estilos de ensino adequados ao desenvolvimento e serem direcionadas para as necessidades específicas de cada criança (Spencer, Berg et al., 2021).

Declaração 7.12

Recomendamos que responsáveis parentais e profissionais de saúde reajam favoravelmente às crianças que desejem ser reconhecidas pelo género que corresponde à sua noção interior de identidade de género.

A transição social de género refere-se a um processo, pelo qual uma criança é reconhecida por outras pessoas e tem a oportunidade de viver publicamente, quer em todas as situações ou apenas em algumas, com a identidade de género com que se identifica, e que não tem nenhum conjunto específico de parâmetros ou de ações (Ehrensaft et al., 2018).

Frequentemente, no passado, a transição social de género apenas era concebida como binária - uma menina faz a transição para um menino, um menino para uma menina. O conceito expandiu-se de modo a incluir crianças que mudam para uma identidade de género não binária ou para uma iteração de identidades de género construídas individualmente (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Os estudos mais recentes indicam que o processo de transição social pode ter

uma função protetora para algumas crianças pré-púberes e servir para promover a saúde mental positiva e o bem-estar (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Consequentemente, o reconhecimento de que o género de uma criança pode ser fluido e desenvolver-se ao longo do tempo (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) não pode constituir justificação suficiente para negar ou impedir a transição social a uma criança pré-púbere quando isso é benéfico. A evolução da identidade de género pode prosseguir mesmo depois de ter ocorrido um processo de transição social parcial ou completo (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Apesar de os dados empíricos ainda serem limitados, os estudos existentes indicam que as crianças que são mais assertivas sobre a sua diversidade de género têm maior probabilidade de manter uma identidade de género diverso ao longo do tempo, incluindo crianças que realizaram a transição social antes da puberdade (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). Por isso, quando estiver a ser ponderada uma transição social, sugerimos que as pessoas progenitoras ou responsáveis parentais e profissionais de saúde prestem atenção especial às crianças que, de forma consistente e frequentemente persistente, expressam uma identidade de género que não corresponde ao sexo atribuído à nascença. Incluindo as crianças que podem pedir ou pretender de forma explícita um reconhecimento social do género que melhor corresponde à identidade de género que expressam e/ou crianças que mostram desconforto quando o seu género, tal como o reconhecem, é vivenciado como sendo incongruente com o sexo atribuído à nascença (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

Embora seja escassa a literatura empírica sobre boas práticas relativas ao processo de transição social, a literatura e a experiência clínicas

fornece as seguintes orientações que privilegiam o interesse superior da criança (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1) a transição social deve partir da criança e refletir os desejos da criança no processo de tomada de decisão de iniciar um processo de transição social; 2) pode ser apoiada por profissional de saúde na exploração das vantagens ou benefícios, para além dos possíveis desafios da transição social; a transição social pode correr melhor em todos os contextos ou ambientes ou apenas em alguns específicos (por exemplo, escola, casa); e 4) uma criança pode ou não optar por divulgar a outras pessoas que fez a transição social, ou pode escolher, habitualmente com a ajuda de responsáveis parentais, um grupo determinado de pessoas com quem partilhar a informação.

Resumindo, a transição social, quando ocorre, tem maior probabilidade de ser benéfica para o bem-estar da criança quando ocorre de forma ponderada e individualizada para cada criança. A transição social de uma criança (e também o género) pode evoluir ao longo do tempo e não é necessariamente estática; é antes um reflexo do cruzamento entre o autoconhecimento adquirido pela criança sobre a sua identidade de género atual e as ações pretendidas para expressar essa mesma identidade (Ehrensaft et al., 2018).

Um processo de transição social pode incluir uma ou mais de uma série de ações diferentes consistentes com o género afirmado por uma criança (Ehrensaft et al., 2018), incluindo:

- Alteração do nome;
- Alteração dos pronomes;
- Alteração dos marcadores de sexo ou género (por exemplo, certidão de nascimento; cartões de identificação; passaporte; documentação escolar e

clínica; etc.);

- Participação em programas com separação por género (por exemplo, equipas desportivas; clubes e acampamentos recreativos; escolas; etc.);
- Utilização de casas de banho e vestiários;
- Expressão pessoal (por exemplo, penteado; escolha de vestuário; etc.);
- Comunicação do género afirmado a outras pessoas (por exemplo, nas redes sociais; divulgação na sala de aula ou na escola; cartas para a família alargada ou para contactos sociais; etc.).

Declaração 7.13

Recomendamos que profissionais de saúde e responsáveis parentais apoiem as crianças para que continuem a explorar o seu género ao longo dos anos pré-púberes, independentemente da transição social.

É importante que as crianças que realizaram uma transição social tenham as mesmas oportunidades que as outras crianças para continuar a ponderar significados e expressões de género ao longo de toda a infância (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). Alguns estudos verificaram que as crianças podem apresentar fluidez de género ou até mesmo destransicionar após uma transição social inicial. A investigação não foi conclusiva sobre quando, no período de vida, essa destransição tem maior probabilidade de ocorrer, ou qual a percentagem de jovens que irá eventualmente apresentar fluidez de género e/ou um desejo de destransicionar - devido à evolução do género, ou, possivelmente, por outros motivos (por exemplo, preocupações com a segurança; stress das minorias relacionado com o género) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). O relatório de um estudo recente indica que, nos EUA, a destransição ocorre apenas numa pequena percentagem de jovens cinco anos após uma transição social binária (Olson et al., 2022); seria útil continuar o acompanhamento dessas pessoas. A replicação destes resultados também é

importante, dado que este estudo foi realizado com um grupo de participantes limitado e autosseleccionado, nos EUA e, portanto, pode não ser aplicável a todas as crianças de género diverso. Em resumo, a nossa capacidade, para saber antecipadamente de que forma a identidade e as expressões de género de uma criança podem evoluir ao longo do tempo, é limitada, tal como para saber se, ou por que motivo, algumas crianças poderão destransicionar. Além disso, nem todas as crianças de género diverso pretendem explorar o seu género (Telfer et al., 2018). Não é expectável que crianças cisgénero façam essa exploração e, conseqüentemente, tentativas de a forçar, numa criança de género diverso, se não for indicada nem bem-vinda, pode ser sentida como patologizante, intrusiva e/ou cisnormativa (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

Declaração 7.14

Recomendamos que profissionais de saúde discutam os possíveis riscos e benefícios de uma transição social com as famílias que a estão a ponderar.

A transição social em crianças pré-púberes consiste numa variedade de escolhas, pode ocorrer como um processo ao longo do tempo, é individualizada, com base nos desejos da criança e em outras considerações psicossociais (Ehrensaft, 2018) e é uma decisão para a qual os possíveis benefícios e dificuldades devem ser ponderados e discutidos.

Uma transição social pode ter possíveis benefícios, tal como descrito na literatura clínica (por exemplo, Ehrensaft et al., 2018) e suportado por estudos (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019). Os benefícios incluem facilitar a congruência de género, reduzindo a disforia de género e potenciando a adaptação psicossocial e o bem-estar (Ehrensaft et al., 2018). Os estudos

indicaram que crianças de género diverso, que realizaram a transição social, refletem em grande medida as características de saúde mental de irmãs ou irmãos e colegas cisgénero, emparelhados por idade (Durwood et al., 2017). Estes resultados são significativamente diferentes dos problemas de saúde mental observados, sistematicamente, em estudos anteriores com crianças e adolescentes de género diverso (Barrow & Apostle, 2018) e sugerem que o impacto da transição social pode ser positivo. Além disso, habitualmente, a transição social em crianças só pode ocorrer com o apoio e a aceitação das pessoas progenitoras/ cuidadoras, que também demonstraram facilitar o bem-estar em crianças de género diverso (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), embora outras formas de apoio, tal como o apoio escolar, tenham igualmente sido identificadas como importantes (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). Os possíveis benefícios de uma transição social devem ser abordados por profissionais de saúde com crianças e famílias nas situações em que 1) há uma expressão consistente e estável de uma identidade de género que é incongruente com o sexo atribuído à nascença (Fast & Olson, 2018). Isto não deve ser confundido com expressões, comportamentos ou interesses de género diverso (por exemplo, brincar com brinquedos, expressar-se através de escolhas de vestuário ou de aparência e/ou participar em atividades socialmente definidas e habitualmente associadas ao outro género, num modelo binário de género) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) a criança expressa um forte desejo ou necessidade de fazer a transição para o género que indicou ser o seu género autêntico (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); e 3) a criança estará emocional e fisicamente segura durante e após a transição (Brown & mar, 2018). O preconceito e a discriminação devem ser tidos em consideração, especialmente em locais em que a aceitação da diversidade de género é limitada ou proibida (Brown & mar,

2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). É importante realçar que também pode haver riscos para uma criança de género diverso que não faz a transição social, incluindo 1) ser ostracizada ou intimidada por ser percebida como não conforme com os papéis de género ditados pela comunidade e/ou com os padrões de comportamento socialmente esperados; e 2) viver com a tensão ou desconforto internos de saber que o género com que se identifica é incongruente com o género com que lhe pedem que se apresente ao mundo.

Para promover a saúde relacionada com o género, os possíveis desafios colocados por uma transição social devem ser abordados por profissionais de saúde. Uma preocupação frequentemente referida tem a ver com o receio de que uma criança venha a excluir a possibilidade de evolução da sua identidade de género, à medida que amadurece, ou que se mostre relutante em iniciar outra transição de género, mesmo que sinta que a transição social já não corresponde à sua identidade de género atual (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Embora em número reduzido, estudos recentes verificaram que algumas pessoas progenitoras ou responsáveis parentais de crianças, que fizeram a transição social, podem falar com estas sobre a opção de novas iterações de género (por exemplo, reverter para uma expressão de género anterior) e se sentem confortáveis com essa possibilidade (Olson et al., 2019). Outra preocupação com a transição social frequentemente referida é de que uma criança possa sofrer sequelas negativas se reverter para a identidade de género anterior, que corresponde ao sexo atribuído à nascença (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Deste ponto de vista, responsáveis parentais devem estar cientes do possível efeito sobre o desenvolvimento que uma transição social pode ter numa

criança.

Devem ser disponibilizadas, por profissionais de saúde, orientações a responsáveis parentais e apoios às crianças, quando se pondera uma transição de género ou quando esta está a decorrer, tais como 1) prestar aconselhamento, análise e apoios de género, quando necessários e pedidos por responsáveis parentais; 2) apoiar familiares, consoante necessário, a compreender os desejos da criança, relativamente a uma transição social, e os próprios sentimentos de familiares, sobre os desejos expressos pela criança; 3) explorar e aprender, com responsáveis parentais, se consideram que uma transição social poderá beneficiar a sua criança, e em que medida, tanto no momento presente como durante o processo contínuo de desenvolvimento; 4) disponibilizar orientação quando responsáveis parentais não concordam com uma transição social e proporcionar a oportunidade de poderem trabalhar em conjunto, no sentido de uma compreensão consistente sobre a condição e as necessidades relacionadas com o género da sua criança; 5) disponibilizar orientação sobre formas seguras e solidárias de divulgar a outras pessoas a transição social da sua criança e de facilitar essa transição nos diferentes ambientes sociais (por exemplo, escolas, família alargada); 6) facilitar a comunicação, quando tal for pretendido pela criança, com colegas sobre género e transição social, bem como reforçar relações positivas com colegas; 7) disponibilizar orientação, quando a transição social possa não ser socialmente aceite ou segura, quer isso ocorra em todos os locais ou apenas em situações específicas, ou quando uma criança tem reticências quanto a iniciar uma transição, apesar de ser esse o seu desejo; pode haver inúmeros motivos para essas reticências, incluindo receios e ansiedade; 8) trabalhar conjuntamente com familiares e profissionais de saúde mental, para promover uma transição social que seja a melhor quanto à revelação do desenvolvimento do género, ao

bem-estar geral e à segurança física e emocional da criança; e 9) providenciar psicoeducação sobre a diversidade de diferentes trajetórias que o gênero da criança pode seguir ao longo do tempo, deixando o caminho aberto para futuras iterações de gênero da criança, e enfatizando que não há qualquer necessidade de prever a identidade de gênero de uma criança no futuro (Malpas et al., 2018).

Todas estas tarefas incluem a melhoria da qualidade da comunicação entre a criança e familiares e devem constituir uma oportunidade para que a criança seja ouvida e escutada por toda a família envolvida. Estes processos relacionais, por sua vez, facilitam o sucesso de responsáveis parentais quando tomam decisões informadas sobre a conveniência e/ou parâmetros de uma transição social para a sua criança (Malpas et al., 2018).

Disponibilizar orientação e apoio é um dos papéis que devem ser desempenhados por profissionais de saúde, em situações em que crianças e responsáveis parentais pretendem prosseguir com uma transição social, mas chegam à conclusão de que o ambiente social não aceitaria essas escolhas, 1) ajudando responsáveis parentais a definir e a ampliar espaços seguros nos quais a criança possa expressar o seu gênero autêntico; 2) analisando, juntamente com responsáveis parentais, formas de defesa dos direitos, que aumentem a probabilidade de que o ambiente social seja mais acolhedor no futuro, se esse for um objetivo realista; 3) intervindo, consoante necessário, para ajudar a criança ou família com qualquer desconforto e/ou vergonha associados, provocados pela contínua repressão da autêntica identidade de gênero e pela necessidade de sigilo; e 4) construindo a resiliência da criança e da família, fomentando a ideia de que, se o ambiente social está a ter dificuldade em aceitar a transição social de uma criança e a

identidade de gênero afirmada, não é por causa de nenhum problema da criança, mas antes devido a uma literacia insuficiente sobre o gênero, no ambiente social (Ehrensaft et al., 2018).

Declaração 7.15

Sugerimos que profissionais de saúde ponderem trabalhar em colaboração com profissionais e organizações diferentes para promover o bem-estar de crianças de gênero diverso e minimizar as adversidades que estas podem enfrentar.

Todas as crianças têm o direito a ser apoiadas e respeitadas nas suas identidades de gênero (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Tal como observado acima, as crianças de gênero diverso constituem um grupo especialmente vulnerável (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). As responsabilidades de profissionais de saúde enquanto defensores de direitos incluem o reconhecimento de que os determinantes sociais da saúde são críticos para as minorias marginalizadas (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Essa defesa de direitos é prestada por profissionais de saúde, sem exceção, sob a forma de apoio às crianças e famílias (APA, 2015; Malpas et al., 2018).

Algumas pessoas profissionais de saúde talvez tenham de ir para além dos seus consultórios e programas individuais para defender os direitos das crianças de gênero diverso na comunidade alargada, muitas vezes em parceria com as partes interessadas, incluindo responsáveis parentais, pessoas aliadas e jovens (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Estes esforços podem ser cruciais para melhorar a saúde relacionada com o gênero das crianças e

promover os seus direitos civis (Lopez et al., 2017). As vozes de profissionais de saúde podem ser essenciais nas escolas, nos órgãos parlamentares, nos tribunais e nos meios de comunicação social (Kusalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). Além disso, podem ter ainda um papel mais generalizado de defesa dos direitos, reconhecendo e abordando a frequente negação, intencional ou não, da experiência de crianças de género diverso,

que pode ser transmitida ou comunicada por pessoas adultas, colegas e nos meios de comunicação social (Rafferty et al., 2018). Profissionais que possuam as devidas competências e se encontrem em circunstâncias adequadas podem fazer afirmações claras sobre a despatologização das necessidades e dos direitos das crianças de género diverso, bem como sobre os danos causados por regras, leis e normas discriminatórias e transfóbicas (Rafferty et al., 2018)

CAPÍTULO 8 Pessoas Não Binárias

«Pessoa Não Binária» é usado como uma designação abrangente, que se refere a pessoas que vivenciam o seu género como estando fora do género binário. O termo pessoas não binárias é predominante, mas não exclusivamente, associado a contextos do hemisfério norte e pode, por vezes, ser usado para descrever géneros indígenas e não ocidentais. O termo pessoas não binárias inclui pessoas cujos géneros são constituídos por mais do que uma identidade de género, em simultâneo ou em momentos diferentes (por exemplo, bigénero), que não têm nenhuma identidade de género, ou que têm uma identidade de género neutra (por exemplo, agénero ou *neutrois*), que têm identidades de género que abrangem ou misturam elementos de outros géneros (por exemplo, poligénero, *demiboy*, *demigirl*) e/ou que têm um género que muda ao longo do tempo (por exemplo, género fluido) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). As pessoas não binárias podem identificar-se, em maior ou menor grau, com géneros associados ao binário, por exemplo, homem não binário ou mulher não binária, ou com múltiplos termos de género, por exemplo, não binário e género fluido (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). O termo «não binária» também funciona como uma identidade de género por si só (Vincent, 2020). É importante reconhecer que esta não é uma lista exaustiva e que as mesmas identidades podem ter significados diferentes, para pessoas diferentes, e que a utilização de termos pode variar ao longo do tempo e de local para local.

Genderqueer (género queer), usado pela primeira vez na década de 1990, é uma categoria de identidade um pouco mais antiga que a não binária - que surgiu pela primeira vez por volta do final da primeira década do séc. XXI (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). Por vezes, *genderqueer*

(género queer) pode ser usado como sinónimo de não binária ou pode transmitir uma dimensão específica, conscientemente politizada, ao género de uma pessoa. Embora transgénero seja usado, em muitos contextos culturais, como uma designação abrangente, que inclui pessoas não binárias, nem todas as pessoas não binárias se consideram transgénero, por uma série de motivos, incluindo considerarem que ser transgénero apenas se aplica no âmbito do género binário, ou por não se sentirem «suficientemente trans» para se descreverem como transgénero (Garrison, 2018). Algumas pessoas não binárias sentem incerteza ou ambivalência sobre se deveriam descrever-se como transgénero (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

No contexto da língua inglesa, as pessoas não binárias podem usar os pronomes *they*, *them* ou *theirs*, ou novos pronomes que incluem *e*, *em* ou *eir*, *ze*, *zir* ou *hir*, *er*, *ers* ou *erself* entre outros (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). Algumas pessoas não binárias usam uma combinação de pronomes (seja misturando deliberadamente o uso, permitindo a livre escolha ou mudando consoante o contexto social), ou preferem evitar totalmente pronomes com género, usando, em vez disso, o seu nome. Além disso, algumas pessoas não binárias usam exclusivamente ou por vezes *she*, *her* ou *hers* (ela, dela), ou *he*, *him* ou *his* (ele, dele), enquanto em algumas regiões do mundo não existe (ainda) uma linguagem descritiva para pessoas não binárias. Em contextos fora do inglês, observa-se uma vasta gama de adaptações e evoluções linguísticas, culturalmente específicas (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Também é digno de nota que alguns idiomas usam um pronome, que não está associado a sexo ou a género, enquanto outros atribuem género a todos os nomes. É provável que estas variações na linguagem influenciem a experiência de género das pessoas não binárias e o modo como interagem com outras pessoas. Estudos recentes sugerem que pessoas não binárias representam, aproximadamente, entre 25% a

mais de 50% da população transgénero, sendo as amostras de jovens as que relatam a maior percentagem de pessoas não binárias (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). Em estudos recentes, com pessoas adultas transgénero, as pessoas não binárias têm tendência a ser mais jovens do que homens transgénero e mulheres transgénero e, em estudos que incluem jovens e pessoas adultas, as pessoas não binárias têm maior probabilidade de lhes ter sido atribuído sexo feminino à nascença (ASFAN). No entanto, estes resultados devem ser interpretados com precaução, já que, provavelmente, há diversos fatores socioculturais complexos que influenciam a qualidade, a representatividade e a exatidão desses dados (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (ver também Capítulo 3 - Estimativas Populacionais).

Entender as identidades de género e as expressões de género como um espectro não linear

Desde há muito que os géneros não binários são reconhecidos, tanto histórica como transculturalmente (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). Muitas categorias de identidade de género são culturalmente específicas e não conseguem ser facilmente traduzidas para fora do seu próprio contexto, quer seja por questões linguísticas, ou idiomáticas, quer seja devido ao paradigma ocidental de género. As interações coloniais históricas, entre pessoas colonizadoras e povos indígenas, com géneros não ocidentais, continuam a ser altamente relevantes, dado que o apagamento cultural e as intersecções de racismo e cisnormatividade podem informar negativamente os determinantes sociais da saúde de pessoas indígenas de género diverso. A partir da década de 1950, o género foi utilizado para referenciar a categorização, socialmente construída, de comportamentos, atividades, aparência, etc.

relativamente a um modelo binário de macho, homem, ou masculino, e fêmea, mulher, ou feminino, no âmbito de contextos ocidentais contemporâneos. No entanto, agora, o género possui uma gama mais ampla de significados possíveis, valorizando conceitos interrelacionados, mas distinguíveis, incluindo biologia de género (sexo), papéis de género, expressão de género e identidade de género (Vincent, 2020). Aspectos da expressão de género que, tradicionalmente, podiam ser entendidos, culturalmente, como «masculinos», «femininos» ou «andróginos», podem ser expressos, de forma legítima, por pessoas com toda e qualquer identidade de género, independentemente de ser não binária. Por exemplo, o facto de uma pessoa não binária se apresentar de forma feminina não pode ser considerado como implicando que, obrigatoriamente, se venha a identificar mais tarde como uma mulher ou que venha a recorrer a intervenções associadas a mulheres transgénero, como a vaginoplastia. A desconformidade de género de uma pessoa, relativamente às expectativas culturais, não deve ser vista enquanto motivo de preocupação, nem presumida como indicativa de complexidade clínica - por exemplo, uma pessoa não binária a quem foi atribuído sexo masculino à nascença (ASMAN), que use vestuário estereotipado como feminino, que use os pronomes ela e dela, mas mantendo um primeiro nome considerado masculino.

Considerar um modelo de género como sendo um espectro oferece muito mais matizes do que um modelo binário. Apesar disso, um modelo de espectro linear ainda comporta muitas limitações, que podem levar a generalizações acríicas sobre género. Por exemplo, embora seja intuitivo colocar as «opções binárias» (homem ou macho, mulher ou fêmea) em cada uma das extremidades desse continuum, isso situaria a masculinidade como oposta à feminilidade, não acomodando a neutralidade de género, a expressão simultânea de masculinidade e

feminilidade, o *genderqueer* (género queer) ou conceitos não ocidentais de género. É essencial que os géneros não binários não sejam considerados por profissionais de saúde como expressões «parciais» de masculinidade transgénero (em pessoas não binárias ASFAN) ou de feminilidade transgénero (em pessoas não binárias ASMAN), nem, perentoriamente, como «algures ao longo do espectro da masculinidade ou feminilidade»; algumas pessoas não binárias consideram-se a si próprias totalmente fora da dicotomização macho/fêmea. Um espectro *não linear* indica que as diferenças entre pessoas, relativas a expressão, identidade ou necessidades de género, relativas à afirmação de género, não devem ser comparadas com o objetivo de as situar ao longo de um espectro linear. Além disso, a interpretação da expressão de género é subjetiva e culturalmente definida e o que pode ser vivenciado, ou considerado, como extremamente feminino, por uma pessoa, pode não ser visto da mesma forma por outra (Vincent, 2020). Evitar fazer suposições, sobre o modo como cada pessoa conceptualiza o seu género, e estar disponível para se deixar levar pela perceção pessoal de género, de determinada pessoa, é uma mais-valia para profissionais de saúde, dado corresponder à identidade e expressão de género dessa pessoa e a eventuais necessidades de cuidados médicos.

O processo de desenvolvimento de género vivenciado por todas as pessoas transgénero e de género diverso (TGD), independentemente de sua relação com um género binário, parece partilhar temas semelhantes (por exemplo, consciência, exploração, criação de significados, integração), mas o momento, a progressão e as experiências pessoais, associadas a cada um desses processos, variam tanto intra como intergrupos de pessoas transgénero e não binárias (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al.,

2020). As perspetivas socioculturais e interseccionais podem ser úteis, para contextualizar o desenvolvimento do género e a transição social, incluindo o modo como as experiências individuais são moldadas pelo contexto social e cultural e a forma como interagem com domínios adicionais de identidade e experiência pessoal.

A necessidade de acesso a cuidados de saúde de afirmação de género

Algumas pessoas não binárias procuram cuidados de saúde de afirmação de género, para aliviar a disforia ou incongruência de género e aumentar a satisfação corporal, através de intervenções, clinicamente necessárias (ver declaração sobre clinicamente necessária no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1). Algumas pessoas não binárias podem sentir que um determinado procedimento é necessário para si - consulte também o Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), enquanto outras não (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020) e a percentagem de pessoas não binárias que procuram cuidados de saúde de afirmação de género e os objetivos específicos desses cuidados permanecem pouco claros. Cabe a profissionais de saúde fornecer informações sobre as opções médicas existentes (e respetiva disponibilidade), que possam ajudar a aliviar a disforia ou a incongruência de género e aumentar a satisfação corporal, sem fazer suposições sobre quais as opções de procedimentos que melhor se adequam a cada pessoa. As motivações para recorrer (ou não recorrer) a intervenções médicas de afirmação de género, incluindo terapia hormonal, cirurgias, ou ambas, são heterogéneas e potencialmente complexas (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) e devem ser exploradas em conjunto antes de serem tomadas decisões sobre intervenções físicas. A necessidade de uma pessoa recorrer a procedimentos médicos de

afirmação de género não pode ser prevista pelo seu papel, expressão ou identidade de género. Por exemplo, algumas mulheres transgénero não têm necessidade de vaginoplastia, enquanto algumas pessoas não binárias ASMAN podem precisar e beneficiar dessa mesma intervenção. Além disso, pessoas não binárias, que procuram cuidados de saúde de afirmação de género, intimamente associados a um percurso de transição do seu sexo/género, atribuído para a outra categoria reconhecida de forma binária (ou seja, terapia com estrogénios e vaginoplastia para alguém ASMAN), não compromete a validade da sua identidade não binária. Embora os obstáculos no acesso a cuidados de saúde continuem a ser comuns a muitas pessoas transgénero, as pessoas não binárias parecem ser alvo de taxas particularmente elevadas de dificuldade de acesso a cuidados de saúde mental e de afirmação de género (Clark et al., 2018; James, 2016). Muitas pessoas não binárias relatam experiências com profissionais de saúde, que não respeitaram o seu género não binário, incluindo experiências em que profissionais de saúde transmitem a crença de que o seu género não é válido, ou demonstram, essencialmente, maior dificuldade na prestação de cuidados (Valentine, 2016; Vincent, 2020). As pessoas não binárias podem enfrentar suposições, por parte de quem presta cuidados, de que não precisam, ou não querem, procedimentos de afirmação de género (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020) e descreveram ser alvo de pressão, para se apresentarem como homens transgénero ou mulheres transgénero (no âmbito de uma estrutura de género binária), para poderem ter acesso aos procedimentos (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019).

Às vezes, as pessoas não binárias veem-se obrigadas a educar as pessoas que, supostamente, lhes deveriam prestar os cuidados, apesar de ser totalmente

desadequado que a formação de quem presta cuidados dependa principalmente das pessoas cuidadas (Kcomt e outros., 2020). Em comparação com homens transgénero e mulheres transgénero, Burgwal e Motmans (2021) descobriram que as pessoas não binárias sentiram mais receio de ser alvo de preconceito por parte de profissionais de saúde, tiveram menos confiança nos serviços prestados e maior dificuldade em saber onde se dirigir, para obter cuidados de saúde. Estudos, tanto na Europa como nos EUA, mostraram que pessoas não binárias tendem a atrasar os cuidados de saúde com maior frequência do que homens transgénero binários ou mulheres transgénero binárias, sendo o principal motivo evocado o receio de ser alvo de procedimentos insensíveis ou incompetentes (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). As pessoas não binárias também parecem apresentar menor probabilidade de divulgar a sua identidade de género a prestadores de cuidados de saúde do que outras pessoas transgénero (Kcomt et al., 2020).

A necessidade de um nível adequado de apoio

A prestação de cuidados de saúde de afirmação de género a pessoas não binárias vai para além da realização de intervenções específicas de afirmação de género, tais como terapia hormonal ou cirurgia, e envolve o apoio à saúde e ao desenvolvimento globais das pessoas não binárias. Foram adaptados modelos de stress das minorias, para conceptualizar o modo como os fatores de stress, relacionado com o género, sentido por pessoas transgénero, estão associados a disparidades a nível da saúde física e mental (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). As pessoas não binárias parecem ser alvo de fatores de stress das minorias, que são, em tudo, semelhantes aos sentidos por homens transgénero e mulheres transgénero. Johnson (2020) relatou que as experiências de invalidação são especialmente elevadas entre pessoas não binárias, por exemplo, afirmações

ou ações que transmitem a crença de que as identidades não binárias não são «reais» ou que são o resultado de uma «moda» ou de uma «fase» e as pessoas não binárias parecem ter menor probabilidade, do que homens transgénero e mulheres transgénero, de que os seus pronomes corretos sejam usados pelas outras pessoas. Da mesma forma, as pessoas não binárias descreveram sentir-se «invisíveis» para as outras (Conlin, 2019; Taylor, 2018) e um estudo descobriu que pessoas jovens não binárias relataram níveis inferiores de autoestima, comparativamente a homens e mulheres transgénero jovens (Thorne, Witcomb et al., 2019).

Embora muitas pessoas TGD relatem experiências de discriminação, vitimização e rejeição interpessoal (James, 2016), incluindo *bullying* em amostras de jovens (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), a prevalência dessas experiências pode variar entre grupos e parece ser influenciada por características adicionais de intersecção. Por exemplo, Newcomb (2020) descobriu que mulheres transgénero e pessoas jovens não binárias ASMAN foram alvo de níveis mais elevados de vitimização do que homens transgénero e pessoas jovens não binárias ASFAN, sendo as pessoas jovens não binárias ASMAN as que relataram níveis mais altos de stress traumático. Num segundo estudo, Poquiz (2021) descobriu que homens transgénero e mulheres transgénero foram alvo de níveis superiores de discriminação, do que pessoas não binárias. É provável que esta complexidade interseccional também contribua para a variabilidade nos resultados de estudos, que comparam a saúde física e mental de pessoas não binárias e de homens e mulheres transgénero, com alguns estudos a indicar mais preocupações com a saúde física e mental entre pessoas não binárias, alguns a relatar menos preocupações e outros a não reportar nenhuma diferença entre grupos

(Scandurra, 2019).

Dado que as narrativas de identidades não binárias podem estar menos disponíveis, do que narrativas de identidades mais orientadas para o binário, as pessoas não binárias podem ter menos recursos disponíveis para explorar e expressar o seu sentimento de si, relacionado com o género. Por exemplo, isso pode incluir acesso a espaços comunitários e relações interpessoais, em que a identidade não binária pode ser explorada, ou acesso a linguagem e conceitos que permitam uma análise mais diversificada de experiências não binárias (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). A orientação clínica está neste momento a evoluir, no sentido de apoiar quem presta cuidados de saúde de afirmação de género a adaptá-los, de modo a responderem a essas experiências específicas de pessoas não binárias (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

Intervenções médicas de afirmação de género para pessoas não binárias

Nos contextos em que determinada intervenção médica ainda não tem qualquer precedente, e antes de ponderar a intervenção, é importante fornecer à pessoa um resumo da informação disponível, incluindo o reconhecimento de possíveis limitações do conhecimento. É igualmente importante levar a cabo e documentar um diálogo abrangente sobre as mudanças físicas necessárias e as possíveis limitações para alcançar esses atributos, bem como sobre as implicações de determinada intervenção poder ou não aumentar a capacidade de uma pessoa de expressar o seu género.

No que respeita à terapia com estrogénios, para pessoas não binárias ASMAN, é importante realçar a possibilidade de não se conseguir evitar o crescimento mamário (Seal, 2017). Embora a dimensão do crescimento seja altamente variável, esse facto deve ficar claro, caso uma pessoa não binária pretenda alguma

das outras mudanças associadas à terapia com estrogénios (como amaciamento da pele e redução do crescimento de pelos faciais), mas não queira ou for ambivalente sobre o crescimento mamário. Da mesma forma, para pessoas não binárias ASFAN, que podem querer ter acesso a testosterona, para adquirir algumas alterações, mas não outras, deve ficar claro que caso se pretenda o aparecimento de pelo facial, o crescimento genital é inevitável (Seal, 2017). O período de tempo para tomar testosterona significa que, provavelmente, essas mudanças também serão acompanhadas por uma diminuição irreversível do tom da voz, embora a variação dependa de cada caso (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Uma diminuição do tom da voz, sem o aparecimento de pelo corporal, é outro desses desafios. Para algumas pessoas não binárias, a depilação é uma parte muito importante da sua afirmação de género (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Se a terapia hormonal for descontinuada e as gónadas mantidas, muitas das mudanças físicas reverterão para o estado anterior à terapia hormonal, à medida que as hormonas sexuais voltarem a produzir efeitos, incluindo a reversão da amenorreia e do aparecimento de pelo corporal, em pessoas não binárias ASFAN, e a redução da definição muscular e da disfunção erétil, em pessoas não binárias ASMAN. Outras alterações serão permanentes, tais como a calvície de «padrão masculino», o crescimento genital e o crescimento de pelos faciais, em pessoas não binárias ASFAN, ou o crescimento mamário, em pessoas não binárias ASMAN (Hembree et al., 2017). Estas implicarão intervenções adicionais

para reverter, tais como eletrólise ou mastectomia e, por vezes, são descritas como «parcialmente reversíveis» (Coleman et al., 2012). Dado que as implicações da utilização de terapia hormonal de baixa dose não se encontram documentadas nesta população, é importante ponderar a monitorização do risco cardiovascular e da saúde óssea se for usada terapia hormonal de baixa dose. Para obter informações mais detalhadas, consulte o Capítulo 12 - Terapia Hormonal. Se para a expressão pretendida não for necessária testosterona nem estrogénios, a inibição da produção de estrogénios e/ou testosterona é possível. As implicações desta inibição, relativamente ao aumento do risco cardiovascular, redução da mineralização óssea e risco de depressão, devem ser abordadas e devem ser tomadas medidas para mitigar o risco (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). Para mais informações, consulte também o Capítulo 9 - Eunucos e o Capítulo 12 - Terapia Hormonal. A exploração da transição médica e/ou social, independentemente uma da outra, e as opções para explorar hormonas, cirurgias, ou ambas, independentemente uma da outra, devem estar disponíveis para todas as pessoas, quer se trate de um homem transgénero, de uma mulher transgénero ou de uma pessoa não binária.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva das evidências, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que as evidências são reduzidas e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declarações de Recomendação

- 8.1- Recomendamos que profissionais de saúde disponibilizem a pessoas não binárias análises e procedimentos individualizados, que afirmem a sua experiência de género.
- 8.2- Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções médicas de afirmação de género (terapia hormonal ou cirurgia) para pessoas não binárias na ausência de «transição social de género».
- 8.3- Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções cirúrgicas de afirmação de género na ausência de terapia hormonal, a menos que a terapia hormonal seja necessária para alcançar o resultado cirúrgico pretendido.
- 8.4- Recomendamos que profissionais de saúde forneçam informações a pessoas não binárias sobre os efeitos das terapias hormonais/ cirurgias na fertilidade futura e discutam as opções para a preservação da fertilidade antes de iniciar a terapia hormonal ou realizar uma cirurgia.

Declaração 8.1**Recomendamos que profissionais de saúde disponibilizem, a pessoas não binárias, análises e procedimentos individualizados que afirmem a sua experiência de género.**

Uma análise individualizada, com uma pessoa não binária, começa com o entendimento de como vivencia o seu próprio género e o modo como isso influencia os seus objetivos, relativamente aos cuidados que pretende. É provável que a forma como as pessoas conceptualizam as suas experiências, relacionadas com o género, varie entre grupos e culturas, podendo incluir experiências associadas a outros aspetos interseccionais da identidade (por exemplo, idade, sexualidade, raça, etnia, condição socioeconómica, estado de incapacidade) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Profissionais de saúde devem evitar fazer suposições *a priori* sobre a identidade e a expressão de género, ou sobre as necessidades de cuidados da pessoa. Também devem ter em mente que a experiência não binária de género de uma pessoa pode, ou não, ser relevante para a análise e para os objetivos relacionados com o procedimento. O grau em que o género da pessoa é relevante, para os seus objetivos quanto a procedimentos, deve determinar o nível de detalhe com que a sua identidade de género é explorada. Por exemplo, quando se procuram cuidados de saúde, devido a uma preocupação com a aparência, totalmente alheia ao género, saber simplesmente o nome e os pronomes

corretos pode ser suficiente (Knutson et al., 2019). Quando se abordar uma preocupação, para a qual o estado hormonal ou cirúrgico, passado ou presente, é relevante, podem ser necessários mais detalhes, mesmo que a preocupação não esteja especificamente relacionada com o género.

Para serem culturalmente idóneos, os ambientes clínicos têm de ser acolhedores, refletir a diversidade de géneros e afirmar as experiências de género de pessoas não binárias. Garantir que as informações clínicas e sobre a prestação de cuidados (por exemplo, sítios de internet), formulários (por exemplo, inquéritos de admissão) e outros materiais são inclusivos, quanto a identidades e experiências não binárias, transmite a ideia de que as pessoas não binárias são bem-vindas e reconhecidas (Hagen & Galupo, 2014). Usar campos de texto livre para a identidade de género e os pronomes é mais inclusivo do que usar uma lista de opções de resposta. Garantir privacidade nos locais de atendimento, criar alternativas para listar os nomes legais em bancos de dados digitais (em contextos culturais em que isso seja necessário), instalar casas-de-banho neutras quanto ao género e criar alternativas a chamar o nome legal na sala de espera, são exemplos adicionais de competência cultural nas questões transgénero e de género diverso (TGD) (Burgwal et al., 2021). Em contexto de cuidados de saúde, é importante que sejam perguntadas as preferências, quanto a nomes, pronomes e outros termos, relacionados com o género, e usadas tanto inicialmente como por rotina, já que podem variar ao longo do tempo e consoante as circunstâncias.

É incentivada a adoção de uma abordagem que se foque nos pontos fortes e na resiliência, por parte de profissionais de saúde.

Surgem cada vez mais críticas, relacionadas com o foco excessivo, atribuído por profissionais de saúde, ao desconforto relacionado com o género, dado que também é importante valorizar as experiências de melhoria do conforto, de alegria e de realização pessoal que podem resultar da autoafirmação e do acesso aos cuidados de saúde (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). Para além de utilizar diagnósticos, quando ou onde necessário, para facilitar o acesso aos cuidados de saúde, é incentivada a exploração conjunta, entre profissionais de saúde e utentes, desta gama mais alargada de experiências, possivelmente relacionadas com o género, tal como a forma como aquelas se podem adequar às opções de procedimentos (Motmans et al., 2019). Para todas as pessoas TGD, é essencial ter em consideração os fatores de resiliência, tais como relações solidárias, participação em comunidades, que incluem outras pessoas semelhantes, e orgulho identitário, já que estão associados a uma variedade de resultados positivos de saúde (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

É extremamente importante que quem presta cuidados tenha consciência das limitações existentes nas ferramentas historicamente utilizadas para analisar a experiência de disforia de pessoas transgénero, já que esses limites podem ser especialmente acentuados para muitas pessoas não binárias. A maioria das medidas relacionadas com o género pressupõe que as pessoas vivenciam o seu género de modo binário, entre outras preocupações (por exemplo, Escala de Identidade de Género Recordada, Escala de Disforia de Género de Utrecht). Embora tenham sido desenvolvidas diversas medidas, mais recentes, numa tentativa de capturar

melhorar as experiências de pessoas não binárias (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), é provável que uma discussão de resposta aberta proporcione uma compreensão mais profunda e precisa das experiências específicas de disforia de cada pessoa, bem como das necessidades de cuidados associadas. Da mesma forma, embora as iterações mais recentes das categorias de diagnóstico (ou seja, «disforia de género» no DSM 5 e «incongruência de género» na CID-11) se destinassem a incluir pessoas com experiências não binárias de género, podem não capturar adequadamente toda a diversidade e âmbito de experiências de desconforto relacionado com o género, especialmente para pessoas não binárias. Para além do desconforto associado a aspetos físicos do corpo e da aparência (incluindo características que podem estar presentes ou ausentes), o desconforto pode decorrer de como cada pessoa vivencia o próprio género, como o género de determinada pessoa é percebido em contextos sociais e de experiências de stress das minorias, associado ao género da pessoa (Winters & Ehrbar, 2010). As experiências de pessoas não binárias, em cada uma destas áreas, podem ou não ser semelhantes às de homens ou mulheres transgénero.

Uma abordagem centrada na pessoa, para cuidados de saúde de afirmação, inclui um diálogo específico sobre como diferentes intervenções podem, ou não, mudar o conforto da pessoa perante a sua própria experiência de género e o modo como o seu género é percebido pelas outras pessoas. As pessoas não binárias podem sentir dificuldade em compatibilizar as suas identidades pessoais com as limitações dos procedimentos médicos disponíveis. Podem ainda deparar-se com confusão e intolerância por parte da sociedade, relativamente às suas apresentações de género (Taylor et al., 2019). Estudos recentes sugerem que as necessidades de procedimentos médicos, de pessoas não binárias, são

especialmente diversas, com algumas a relatar necessidades de procedimentos que têm sido, habitualmente, associados a trajetórias de transição, historicamente associadas a homens e mulheres transgênero, e algumas referindo abordagens alternativas (por exemplo, terapia hormonal de baixa dose, cirurgia sem terapia hormonal), algumas mencionando desinteresse por procedimentos médicos e outras indicando que não têm certezas relativamente às suas necessidades (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). É especialmente importante o conceito da análise, enquanto processo contínuo, tendo em consideração que as experiências relacionadas com o género e as necessidades associadas podem mudar ao longo da vida. Dada a evolução contínua nas opções de procedimentos e no conhecimento sobre os efeitos dos procedimentos, especialmente para pessoas não binárias, as pessoas irão beneficiar de profissionais que regularmente procuram conhecimentos atualizados e que transmitem essas atualizações às pessoas de quem cuidam.

Declaração 8.2

Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções médicas de afirmação de género (terapia hormonal ou cirurgia) para pessoas não binárias na ausência de «transição social de género».

Os requisitos anteriores para ter acesso a terapia hormonal e a cirurgia, tais como «viver num papel de género que seja congruente com a identidade de género», não refletem as experiências vividas por muitas pessoas TGD (Coleman et al., 2012). Devido à natureza enraizada do género binário na maioria das culturas contemporâneas ocidentais, habitualmente uma pessoa apenas pode ser percebida pelas outras enquanto homem ou mulher, na maioria dos contextos (Butler, 1993). Portanto, a visibilidade e a compreensão de

manifestações e expressões não binárias são limitadas. Isso deve-se ao facto de as pistas de género serem quase sempre entendidas em referência a um género binário (Butler, 1993). Atualmente, pode ser difícil que o género de pessoas não binárias seja fidedignamente reconhecido através de pistas visuais associadas à sua expressão de género (por exemplo, vestuário, cabelo). No entanto, a androginia ou a desconformidade de género pode ser comunicada através da mistura ou combinação de marcadores culturais, com conotações tradicionalmente masculinas ou femininas. Como não há uma «categoria não binária», vulgarmente reconhecida, na maioria dos contextos culturais contemporâneos ocidentais, do hemisfério norte, a visibilidade não binária exige, frequentemente, a comunicação explícita do género de determinada pessoa às outras pessoas ou a utilização de pistas que podem ser interpretadas como desconformidade de género (mas não necessariamente não binárias).

Por estes motivos, enquadrar o acesso a cuidados médicos no contexto de alguém que experimenta uma «transição social de género», em que «vive num papel de género que é congruente com a sua identidade de género», não está alinhado com a forma como muitas pessoas TGD se entendem a si mesmas e ao seu processo pessoal de transição. Para algumas, «viver num papel de género, que é congruente com a sua identidade de género», não implica mudanças de nome, de pronomes ou de expressão de género, ainda que a intervenção médica possa ser necessária. Mesmo que uma pessoa seja capaz de viver de formas que sejam congruentes com a sua identidade de género, pode ser difícil, para alguém que observe de fora, identificar isso, sem ser informada diretamente, por aquela pessoa, sobre o modo como entende a sua própria experiência a esse respeito. A expectativa sobre a «transição social de género» pode ser inútil quando se avalia a elegibilidade para cuidados de saúde de afirmação de género, tais como hormonas e

cirurgias, e as expectativas rígidas de como «deve» ser uma «transição social de papel de género» pode constituir um obstáculo no acesso a cuidados de saúde para pessoas não binárias. Não há nenhum requisito lógico para que intervenções médicas de afirmação de género apenas possam ser feitas quando uma pessoa altera legalmente o seu nome, muda o marcador de género nos seus documentos de identificação, ou usa, ou se abstém de usar, peças específicas de vestuário. As pessoas não binárias podem ter dificuldade em obter o reconhecimento dos seus géneros em documentação formal, o que pode afetar negativamente a sua saúde mental ou o seu bem-estar (Goetz & Arcomano, 2021). As pessoas TGD podem beneficiar de apoio específico na obtenção (ou preservação) do seu marcador de género preferencial. A exigência de que alguém tenha de divulgar a sua identidade de género em todos os círculos das suas vidas (família, trabalho, escola, etc.), de modo a ter acesso a cuidados médicos, pode não ser consistente com os seus objetivos e pode colocá-la em risco se não for seguro fazê-lo.

Declaração 8.3

Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções cirúrgicas de afirmação de género na ausência de terapia hormonal, a menos que a terapia hormonal seja necessária para alcançar o resultado cirúrgico pretendido.

A trajetória de «hormonas antes da cirurgia» é apenas uma opção entre várias intervenções cirúrgicas. Algumas pessoas não binárias irão procurar procedimentos cirúrgicos de afirmação de género, para aliviar a incongruência de género e aumentar a satisfação corporal (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018), mas não pretendem terapia hormonal ou não podem ser submetidas a terapia hormonal, devido a outras razões médicas (Nieder, Eyssel et al., 2020). Atualmente, não se sabe qual a

percentagem de pessoas não binárias a que estas opções se aplicam. Talvez a cirurgia, que tenha alguma associação específica com pessoas não binárias (em vez da que é pretendida por homens transgénero ou a que são submetidas algumas mulheres cisgénero), seja a mastectomia, em pessoas não binárias ASFAN, que não tomaram testosterona - embora a testosterona não seja um requisito para este tipo de cirurgia - e algumas pessoas não binárias ASFAN podem necessitar de redução mamária (McTernan et al., 2020). Um exemplo de uma cirurgia para a qual pode ser necessário pelo menos um período de terapia hormonal é a metoidioplastia, que potencia a hipertrofia do clitóris, causada pela terapia com testosterona.

Consulte Capítulo 13 – Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios para mais detalhes sobre se é necessária terapia hormonal para diversas cirurgias.

Os procedimentos direcionados para o sistema reprodutor interno incluem histerectomia, salpingo-ooforectomia, unilateral ou bilateral, e vaginectomia. A terapia hormonal não é necessária para nenhum destes procedimentos, mas a terapia de substituição hormonal (quer com estrogénios, com testosterona, ou com ambos) é aconselhável nas pessoas submetidas a uma gonadectomia total, para evitar efeitos adversos nos sistema cardiovascular e musculoesquelético (Hembree et al., 2017; Seal, 2017). Para a faloplastia, apesar de não haver nenhuma exigência cirúrgica específica, quanto a um período mínimo de terapia com testosterona, a virilização (ou ausência de virilização) do clitóris e dos pequenos lábios podem influenciar a escolha da técnica cirúrgica e as opções cirúrgicas. Para mais informações, consulte o Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios.

As pessoas não binárias ASMAN devem ser informadas de que iniciar a terapia com estrogénios, após a cirurgia, sem histórico

prévio de terapia com estrogénios, pode influenciar (talvez de forma negativa) o resultado cirúrgico (Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). As pessoas não binárias ASMAN, que solicitam uma orquiectomia bilateral, não necessitam de terapia com estrogénios, para conseguir um melhor resultado (Hembree et al., 2017). Nestes contextos, é uma boa prática informar as pessoas sobre os riscos e os benefícios da terapia de substituição hormonal (estrogénios, testosterona, ou ambos) na prevenção de efeitos adversos nos sistemas cardiovascular e musculoesquelético, bem como sobre opções alternativas de procedimentos, tal como a suplementação de cálcio mais vitamina D para prevenir a osteoporose (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). Ver também o Capítulo 9-Eunucos, para quem opta por abdicar de terapia de substituição hormonal. No caso da vaginoplastia, as pessoas devem ser avisadas de que a falta de terapia bloqueadora da testosterona pode provocar crescimento de pelos na vagina, após a cirurgia, quando tiverem sido utilizados enxertos e retalhos cutâneos com pelos (Giltay & Gooren, 2000).

Outros pedidos cirúrgicos, para pessoas não binárias ASMAN, incluem vaginoplastia, com preservação do pénis, vaginoplastia com preservação do(s) testículo(s) e procedimentos que têm como consequência a ausência de caracteres sexuais primários externos (ou seja, penectomia, escrotoectomia, orquiectomia, etc.). A pessoa cirurgiã e a pessoa que procura o procedimento são aconselhados a estabelecer diálogos para compreender os objetivos e expectativas desta, bem como os benefícios e as limitações do procedimento pretendido (ou solicitado), para tomar decisões de forma individualizada e colaborar com outras pessoas profissionais de saúde envolvidas (se existirem).

Declaração 8.4.

Recomendamos que profissionais de saúde forneçam informações a pessoas não binárias sobre os efeitos das terapias hormonais e cirurgias na fertilidade futura e discutam as opções para a preservação da fertilidade antes de iniciar a terapia hormonal ou realizar uma cirurgia.

Todas as pessoas não binárias, que procuram terapias hormonais de afirmação de género, devem receber informações e orientações sobre opções de fertilidade (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). É importante discutir o potencial impacto da terapia hormonal sobre a fertilidade antes do início. Essa discussão deve incluir opções de preservação da fertilidade, em que medida a fertilidade pode ou não ser recuperada, se a terapia hormonal for interrompida, e o facto de que a terapia hormonal, por si só, não constitui um método de controlo da natalidade. Para mais informações, consulte o Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

Estudos recentes sugerem que pessoas não binárias têm menos probabilidade de aceder a cuidados de saúde e de fazer ouvir as suas necessidades relativas a possíveis intervenções (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Como tal, é lógico que qualquer pessoa de género diverso deva receber informações sobre as opções e técnicas atuais para a preservação da fertilidade, de preferência antes de iniciar a terapia hormonal, dado que a qualidade do esperma ou dos óvulos pode ser afetada pela exposição a hormonas (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). No entanto, isso não deve impedir de forma alguma que sejam colocadas questões e que se procure mais informações posteriormente, dado haver evidências de que a fertilidade ainda é possível para pessoas que tomam estrogénios e testosterona (Light et al., 2014). A decisão de uma pessoa não binária ou de género diverso de que a preservação, ou o

aconselhamento sobre fertilidade, não são necessários, não deve ser usada como

fundamento para negar ou atrasar o acesso à terapia hormonal.

CAPÍTULO 9 Eunucos

De entre as muitas pessoas que beneficiam de cuidados médicos de afirmação de género, aquelas que se identificam como eunucos estão entre as menos visíveis. A 8ª versão, das Normas de Cuidados de Saúde (SOC), inclui uma análise sobre eunucos, devido à sua apresentação específica e à sua necessidade de cuidados de saúde de afirmação de género, clinicamente necessários (consulte o Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1).

Eunucos são pessoas a quem foi atribuído sexo masculino à nascença (ASMAN) e que pretendem eliminar características físicas masculinas, genitais masculinos ou o funcionamento genital. Também incluem aquelas cujos testículos foram cirurgicamente removidos ou tornados não funcionais, através de meios químicos ou físicos e que se identificam como eunucos. Esta definição baseada na identidade, para as pessoas que adotam o termo eunuco, não inclui outras, tais como homens que receberam tratamento para cancro avançado da próstata e que rejeitam a designação de eunucos. Neste capítulo, concentramo-nos naquelas pessoas que se identificam como eunucos, enquanto parte do termo abrangente «género diverso».

Tal como com outras pessoas de género diverso, as pessoas que se identificam como eunucos também podem procurar a castração, como forma de melhor ajustar os seus corpos à sua identidade de género. Como tal, eunucos são pessoas com desconformidade de género, que têm necessidades que requerem cuidados de saúde de afirmação de género, clinicamente necessários (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). As pessoas, que se identificam como eunucos, identificam as suas identidades de género de várias formas. Muitas pessoas que se identificam como eunucos consideram a sua condição

de eunuco como a sua identidade de género distintiva, sem qualquer outra afiliação de género ou transgénero. O foco deste capítulo é sobre os procedimentos e cuidados para as pessoas que se identificam como eunucos. Profissionais de saúde irão deparar-se com pessoas que se identificam como eunucos, que pretendem intervenções hormonais, castração, ou ambas, para se tornarem eunucos. Estas pessoas também podem beneficiar de uma comunidade de eunucos, devido à necessidade de identificação – independentemente de serem ou não castradas.

Embora exista uma história com 4.000 anos, com a presença de eunucos na sociedade, a maior quantidade de informação, sobre pessoas contemporâneas, que se identificam como eunucos, é encontrada no âmbito da grande comunidade *online* de apoio de pares, que se reúne em sítios de internet, como o *Eunuch Archive* (Arquivo Eunuco) (www.eunuch.org), que foi criado em 1998. As pessoas que moderam este sítio de internet tentam manter a exatidão médica e histórica nos seus fóruns de discussão, embora, certamente, também exista alguma desinformação. De acordo com o sítio de internet, em janeiro de 2022, havia mais de 130.000 pessoas registadas como membros, de várias partes do mundo e, frequentemente, mais de 90% das que consultam o sítio de internet são «convidadas» e não membros. O sítio de internet lista mais de 23.000 tópicos de discussão e quase 220.000 publicações. Por exemplo, dois tópicos de discussão, que fornecem instruções sobre a autocastração, através de injeção de diferentes toxinas, diretamente nos testículos, têm cerca de 2.500 publicações cada, tendo cada um sido lido bastante mais do que um milhão de vezes. A partir de 2001, houve 20 encontros anuais internacionais da comunidade do Arquivo Eunuco em Minneapolis, para além de muitos encontros regionais em outros locais. Embora o tema da castração tenha interesse para a grande maioria das pessoas que participam

Declarações de Recomendação

9.1- Recomendamos que profissionais de saúde e outras pessoas utilizadoras da 8ª Versão das Normas de Cuidados de Saúde devem aplicar as recomendações de forma a responder às necessidades das pessoas que se identificam como eunucos

9.2- Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções médicas, intervenções cirúrgicas, ou ambas, para pessoas que se identificam como eunucos, quando existir um risco elevado de que a privação de procedimentos possa causar danos às pessoas, seja através de autocirurgia, de cirurgia realizada por profissionais sem qualificação ou por utilização não supervisionada de medicamentos que afetam as hormonas.

9.3- Recomendamos que profissionais de saúde que realizem a análise da elegibilidade de pessoas que se identificam como eunucos para procedimentos tenham demonstrado competência na avaliação dessas pessoas.

9.4- Sugerimos que profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde a pessoas que se identificam como eunucos incluam educação e aconselhamento para a sexualidade.

das discussões, é apenas uma minoria de membros que a considera seriamente ou que já foi submetida a castração. Muitas pessoas que faziam parte do Arquivo Eunuco alcançaram os seus objetivos e deixaram de participar.

Devido a equívocos e preconceitos sobre eunucos históricos, à invisibilidade das pessoas contemporâneas, que se identificam como eunucos, e à estigmatização social, que afeta todas as minorias sexuais e de género, são poucas as pessoas que se assumem publicamente como eunucos e muitas não o irão contar a ninguém, partilhando esse facto apenas com pessoas com pensamentos semelhantes, numa comunidade *online*; ou então, são apenas conhecidas como tal junto de familiares e pessoas amigas mais próximas (Wassersug & Lieberman, 2010). Os estereótipos sobre eunucos são, muitas vezes, extremamente negativos (Lieberman 2018) e as pessoas que se identificam como eunucos podem sofrer do mesmo stress das minorias que outros grupos estigmatizados (Wassersug & Lieberman, 2010). Como tal, a investigação sobre stress das minorias, que afeta pessoas de género diverso, deve incluir pessoas que se identificam como eunucos.

O presente conjunto de recomendações dirige-se a profissionais, que trabalham com pessoas que se identificam como eunucos (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) e que solicitam procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (PM-CAGs), clinicamente necessários. Embora não seja uma categoria de

diagnóstico específica, na CID ou no DSM, eunuco é um conceito útil, já que aborda as especificidades da experiência de ser eunuco, ao mesmo tempo que a relaciona com a experiência de incongruência de género, de forma mais alargada. As pessoas que se identificam como eunucos poderão apresentar-se clinicamente de várias formas. Pretendem um corpo que seja compatível com a sua identidade de eunucos - um corpo que não possua uma genitália masculina totalmente funcional. Outras pessoas que se identificam como eunucos sentem um desconforto intenso com os seus genitais masculinos e têm de os remover, para se sentirem confortáveis nos seus corpos (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Para outras, é indiferente ter genitália masculina externa, desde que esteja apenas fisicamente presente e não seja funcional, para produzir androgénios e caracteres sexuais secundários masculinos (Brett et al., 2007). Podem ser utilizadas vias hormonais, para suprimir a produção de androgénios, embora a orquiectomia proporcione uma solução permanente, para as pessoas que não pretendem o funcionamento genital (Wibowo et al., 2016). Algumas pessoas que se identificam como eunucos pretendem os níveis mais baixos de testosterona alcançados com a orquiectomia, mas muitas irão escolher alguma forma de substituição hormonal, para evitar efeitos adversos, associados ao hipogonadismo. A maioria das que optam por terapia hormonal escolhe uma dose de substituição total ou parcial de testosterona. Um número mais reduzido opta por estrogénios.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 9.1.

Recomendamos que profissionais de saúde e outras pessoas utilizadoras da 8ª Versão das Normas de Cuidados de Saúde devem aplicar as recomendações de forma a responder às necessidades das pessoas que se identificam como eunucos.

As pessoas que se identificam como eunucos fazem parte da população de pessoas de género diverso, que sentem incongruência de género e que também podem procurar cuidados de saúde de afirmação de género. Tal como outras pessoas transgénero e de género diverso (TGD), as pessoas que se identificam como eunucos necessitam de ter acesso a cuidados de saúde de afirmação, para obter conforto com o género com que se identificam. Cada uma das secções das SOC aborda as necessidades de pessoas de género diverso e as pessoas que se identificam como eunucos podem ser incluídas nesse grupo. Podem apresentar semelhanças com algumas pessoas não binárias, na medida em que a transição social pode não ser uma opção pretendida e a terapia hormonal pode não desempenhar a mesma função, que poderia desempenhar numa transição social ou numa transição no âmbito do binarismo (Wassersug & Lieberman, [2010](#)).

Tal como com outras pessoas de género diverso, as pessoas que se identificam como eunucos podem adquirir consciência sobre a sua identidade durante a infância ou a adolescência. Devido à falta de investigação sobre procedimentos em crianças, que se possam identificar como eunucos, abstemo-

nos de fazer sugestões específicas.

As pessoas que se identificam como eunucos podem procurar cuidados médicos ou cirúrgicos (supressão hormonal, orquiectomia e, em alguns casos, penectomia) para obter mudanças físicas, psicológicas ou sexuais (Wassersug & Johnson, [2007](#)). É importante que todas as pessoas, tanto as que se identificam como eunucos, como outras que pretendam a castração, construam e mantenham uma relação com profissionais de saúde, que seja baseada na confiança e compreensão mútuas. Dada a falta de conhecimento sobre pessoas que se identificam como eunucos, dentro da comunidade médica em geral, e o receio, de grande parte das que pretendem a castração, de não serem aceites, muitas pessoas que se identificam como eunucos não recebem cuidados primários adequados, nem realizam testes de rastreio (Jäggi et al., [2018](#)). O aumento do conhecimento e da formação entre profissionais de saúde irá ajudar a abordar a exigência de informação sobre a necessidade de incluir pessoas que se identificam como eunucos nas discussões sobre diversidade de género (Deutsch, [2016a](#)). Escusado será dizer que as pessoas que se identificam como eunucos exigem e merecem os mesmos serviços de cuidados de saúde primários que a população em geral. O tema dos testes de rastreio oncológicos, como para o cancro da próstata e da mama, é uma área importante de discussão, dado ser provável que os riscos para cancros hormonossensíveis sejam diferentes para pessoas a quem foi atribuído sexo masculino à nascença e cujos níveis de testosterona e de estrogénios não se encontram dentro do intervalo masculino. Devido à falta de estudos que analisem a prevalência e a incidência de cancros hormonodependentes na população de pessoas que se identificam como eunucos, não há evidência que permita fornecer orientações sobre a frequência de rastreio de cancros hormonodependentes, como exames à próstata, medições da PSA,

mamografias, etc.

A grande quantidade de literatura, sobre doentes com cancro da próstata, que fizeram castração médica ou cirúrgica, fornece informações sobre alguns dos efeitos da castração pós-púbere (como possível osteoporose, depressão ou síndrome metabólica), mas as pessoas que são eunucos, por vontade própria, podem interpretar os resultados de forma muito diferente daquelas que são castradas por razões médicas. A castração química ou cirúrgica pode ser considerada como fonte de desconforto para homens cis, com cancro da próstata, e, no entanto, o mesmo procedimento pode ser afirmativo e uma fonte de conforto para pessoas que se identificam como eunucos. Da mesma forma, pessoas transmasculinas, que realizaram uma mastectomia, para obter conforto com os seus corpos, vivenciam essa cirurgia de forma diferente de mulheres cis que realizam mastectomias para tratar cancro da mama (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Griff et al., 2016). A informação sobre cancro da próstata está muito bem sintetizada por Wassersug e colegas (2021), que fornecem referências, que exploram a grande quantidade de literatura sobre o assunto. As informações sobre os efeitos da castração devem ser disponibilizadas às pessoas que procuram castração.

Após uma avaliação, de acordo com as SOC 8, as opções médicas solicitadas pelas pessoas podem ser ponderadas e prescritas, se tal for adequado. Essas opções podem ser adaptadas à pessoa específica, de modo a criar um plano que reflita as suas necessidades e preferências individuais. O número e o tipo de intervenções aplicadas e a ordem pela qual ocorrem podem diferir de pessoa para pessoa. Essas opções são consistentes com ambos os capítulos de avaliação e cirurgia das SOC 8. As opções de tratamento que podem ser consideradas para pessoas que se identificam como eunucos incluem:

- Supressão hormonal, para explorar os efeitos da deficiência de androgénios, em pessoas que se identificam como eunucos, que pretendam tornar-se assexuais, não sexuais ou andróginos;
- Orquiectomia, para parar a produção testicular de testosterona;
- Orquiectomia, com ou sem penectomia, para alterar o seu corpo, de modo a que corresponda à sua autoimagem;
- Orquiectomia seguida de substituição hormonal com testosterona ou estrogénios.

De acordo com a declaração 5.6 no Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas, pessoas que se identificam como eunucos, que pretendam a gonadectomia, devem ponderar fazer um mínimo de 6 meses de terapia hormonal, conforme adequado para os objetivos de género da pessoa TGD, antes de serem submetidas a intervenções cirúrgicas irreversíveis (a menos que as hormonas não sejam clinicamente indicadas para a pessoa em concreto).

Declaração 9.2.

Recomendamos que profissionais de saúde ponderem intervenções médicas, intervenções cirúrgicas, ou ambas, para pessoas que se identificam como eunucos, quando existir um risco elevado de que a privação de procedimentos possa causar danos às pessoas, seja através de autocirurgia, de cirurgia realizada por profissionais sem qualificação ou por utilização não supervisionada de medicamentos que afetam as hormonas.

O mesmo processo de avaliação recomendado nas SOC 8 deve ser aplicado a pessoas que se identificam como eunucos (ver Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas). O Arquivo Eunuco tem um grande número de publicações de pessoas que tiveram grande dificuldade em encontrar profissionais de saúde disponíveis para realizar a cirurgia de castração. Há um

grande número de pessoas que se identificam como eunucos, que realizaram autocirurgia ou cuja cirurgia foi realizada por pessoas que não são profissionais de saúde com habilitação (Johnson & Irwig, 2014). Também há relatos clínicos de pessoas que se identificam como eunucos que se autocastraram e histórias de pessoas que enganaram profissionais de saúde para conseguir a castração (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009). Não subsiste qualquer dúvida de que quando são negados procedimentos médicos de qualidade a pessoas desta população, estas irão tomar medidas que lhes podem causar grandes danos, como hemorragias e infeções que podem exigir internamento hospitalar (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014). Devido a estes graves problemas e às lesões causadas pela autocirurgia, pelas cirurgias realizadas por profissionais sem habilitações ou pela utilização não supervisionada de medicamentos que afetam as hormonas, é importante que quem presta cuidados de saúde crie um ambiente acolhedor e pondere as várias opções de procedimentos, após uma avaliação cuidadosa, para evitar os problemas que a falta de acesso aos procedimentos e a privação destes irão causar.

Quando pretendida, a castração pode ser obtida química ou cirurgicamente. Para algumas pessoas, a castração química pode constituir uma espécie de pré-teste adequado, antes de se submeterem à castração cirúrgica, para determinar como é que a pessoa se sente com hipogonadismo (Vale et al., 2010). De um modo geral, a castração química é reversível, se os medicamentos forem descontinuados (Wassersug et al., 2021). Os tipos mais frequentes de medicamentos usados para baixar os níveis de testosterona são antiandrogénicos e estrogénios.

Os dois antiandrogénicos usados com maior frequência, acetato de ciproterona e

espirolactona, são administrados por via oral. Por vezes, é prescrito estrogénio para doentes com cancro da próstata, para reduzir os níveis séricos de testosterona, através de *feedback* negativo, a nível do hipotálamo e da glândula pituitária. Os estrogénios e os antiandrogénicos podem não suprimir totalmente a testosterona, para níveis situados no intervalo observado para pessoas do sexo feminino e para pessoas castradas e os estrogénios orais aumentam o risco de tromboembolismo venoso. Embora não sejam usados de forma generalizada, devido ao custo, os agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) constituem um método muito eficaz de supressão da produção de esteroides sexuais e da fertilidade (Hembree et al., 2017). Quando for selecionado um medicamento, aconselhamos que sejam utilizados os que já tenham sido estudados, em várias populações transgénero (ou seja, estrogénio, acetato de ciproterona, agonistas da GnRH), em vez de medicamentos com poucos ou nenhuns estudos científicos, com revisão por pares (ou seja, bicalutamida, progesterona por via retal, etc.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019). Muitas pessoas que se identificam como eunucos continuam a terapia de substituição hormonal, após a castração, dado não pretenderem a supressão completa dos níveis hormonais, nem os problemas subsequentes, tal como o aumento do risco de osteoporose. As duas principais opções para a substituição de esteroides sexuais são testosterona e estrogénio, que podem ser usados em doses de substituição total ou parcial. A maioria escolhe a testosterona, dado que se apresentam como sendo do sexo masculino e não pretendem feminização. Uma minoria opta por estrogénios, com uma dose suficientemente elevada para prevenir a osteoporose, mas suficientemente baixa para evitar a maior parte da feminização. Podem identificar-se como pessoas não binárias, agénero ou com outros géneros (Johnson et

al., [2007](#); Johnson & Wassersug, [2016](#)). Embora faltem estudos sobre terapia de substituição hormonal, em pessoas que se identificam como eunucos, os resultados de homens cisgênero, tratados para cancro da próstata, podem fornecer informações sobre os efeitos da terapia hormonal. Num ensaio controlado e aleatorizado, com 1.694 homens cisgênero, tratados para cancro da próstata, localmente avançado ou metastático, um grupo recebeu um agonista da GnRH e o outro recebeu estrogénio transdérmico (Langley et al., [2021](#)). Os homens cisgênero, que receberam o agonista da GnRH, desenvolveram sinais e sintomas de deficiência, tanto de androgénios como de estrogénios, enquanto os homens, que receberam o adesivo de estrogénio, apenas desenvolveram sintomas de privação de androgénios. Ambos os grupos apresentaram taxas elevadas de efeitos secundários (91%) e o aumento de peso foi semelhante em ambos os grupos. Comparativamente a homens cisgênero que receberam o agonista da GnRH, os homens cisgênero tratados com adesivos de estrogénio autorrelataram uma melhoria da qualidade de vida, taxas inferiores de afrontamentos (35% vs. 86%) e taxas superiores de ginecomastia (86% vs. 38%). Do ponto de vista metabólico, os homens cisgênero que receberam adesivos de estrogénio apresentaram alterações favoráveis, com médias inferiores da glicemia em jejum, do colesterol total em jejum, da pressão arterial sistólica e diastólica. Pelo contrário, os homens cisgênero que receberam o agonista da GnRH apresentaram os efeitos opostos. Com base neste estudo, as pessoas que se identificam como eunucos podem considerar uma dose baixa de terapia transdérmica com estrogénio, para evitar efeitos adversos da privação de estrogénios, que incluem afrontamentos, fadiga, efeitos metabólicos e perda de densidade mineral óssea (Hembree et al., [2017](#); Langley et al., [2021](#)). Para obter informações mais detalhadas, consulte o Capítulo 12 - Terapia

Hormonal.

Declaração 9.3.

Recomendamos que profissionais de saúde, que realizem a análise da elegibilidade de pessoas, que se identificam como eunucos, para determinados procedimentos, tenham demonstrado competência na avaliação dessas pessoas.

Um tópico frequente nos fóruns de discussão do Arquivo Eunuco é a dificuldade em encontrar profissionais de saúde que sejam capazes de entender as suas necessidades. De um modo geral, as pessoas que se identificam como eunucos e as pessoas que desejam a castração são menos visíveis do que outras minorias de género (Wassersug & Lieberman, [2010](#)). Devido à estigmatização e ao medo da rejeição por parte da comunidade médica, podem não divulgar voluntariamente a sua identidade e os seus desejos a quem lhes presta cuidados de saúde geral e de saúde mental. Em alguns contextos, profissionais de saúde podem desconhecer a existência de pessoas que se identificam como eunucos e podem até nem saber que trataram pessoas que se identificam como eunucos.

A secção das SOC sobre avaliação é aplicável a pessoas que se identificam como eunucos. Tal como outras pessoas de género diverso, as que pretendem a castração podem participar num processo de consentimento informado, no qual profissionais de saúde com habilitação realizam análises para garantir que as pessoas são capazes de dar um consentimento informado, antes das intervenções médicas, e para assegurar que a etiologia desse desejo não é um problema de saúde mental. Tal como acontece com outras minorias sexuais e de género, trabalhar com pessoas que se identificam como eunucos implica ter a consciência de que constituem uma população diversificada e de que cada pessoa é eunuco à sua maneira (Johnson et al., [2007](#)). A pessoa que procura serviços beneficia de uma postura de aceitação por

parte de quem os presta, de perguntas francas, da ausência de juízos e de expectativas flexíveis, juntamente com competência e experiência profissional.

Para disponibilizar os procedimentos adequados, quem presta cuidados deve estabelecer uma relação de confiança e de respeito, criando um ambiente inclusivo, para as pessoas que se identificam como eunucos. Para pessoas que se identificam como eunucos, o formulário de admissão ideal perguntaria pelo sexo atribuído e pelo género identificado e disponibilizaria várias opções de género, incluindo «eunuco» e «outros». As pessoas podem identificar-se com mais do que uma opção e devem poder seleccionar mais do que uma.

Profissionais de saúde podem envolver-se na avaliação, na psicoterapia (se pretendida), na preparação e no acompanhamento de intervenções médicas e cirúrgicas de afirmação de género. Podem, igualmente, disponibilizar apoio a pessoas parceiras e famílias. Pessoas que se identificam como eunucos, que pretendam o apoio de profissional de saúde mental com qualificação, terão vantagem em consultar terapeutas que tenham a experiência e cumpram os critérios estabelecidos no Capítulo 4 - Educação.

Embora algumas pessoas, que pretendem ou que estão a ponderar a castração, recorram a aconselhamento ou terapia, porque querem apoio emocional ou apoio na tomada de decisão, muitas apenas recorrem a profissionais de saúde para uma avaliação, no âmbito da preparação para intervenções médicas específicas (Vale et al., 2010).

Declaração 9.4.

Sugerimos que profissionais de saúde, que prestam cuidados de saúde a pessoas que se identificam como eunucos, incluam educação e aconselhamento para a sexualidade.

Vários estudos de investigação contribuíram para o nosso conhecimento, sobre pessoas contemporâneas que se identificam como eunucos, e exploraram características demográficas e sexualidade (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). Profissionais de saúde geral e mental devem presumir que as pessoas que se identificam como eunucos são pessoas sexuais, capazes de manter atividade e prazer sexuais e relacionamentos, a menos que relatem o contrário (Wibowo et al., 2021). A investigação demonstrou haver grande diversidade entre pessoas que se identificam como eunucos, relativamente ao nível de desejo, tipo de contacto físico ou sexual preferido e natureza das relações preferidas (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Enquanto algumas pessoas desfrutam de vidas sexuais ativas, com ou sem relacionamentos românticos, outras identificam-se como assexuais ou arromânticas e sentem-se aliviadas pela perda de libido, alcançada através da castração cirúrgica ou química (Brett et al., 2007). Cada pessoa é diferente e a condição genital de uma pessoa não determina a atração sexual ou romântica (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Independentemente do tipo de supressão química ou da cirurgia a que uma pessoa tenha sido submetida, pode manter o prazer sexual e a atividade sexual. Contrariamente à crença popular, as pessoas que se identificam como eunucos não são necessariamente assexuais ou não sexuais (Aucoin & Wassersug, 2006). Uma educação sexual segura é necessária para todas as pessoas que se envolvem em atividades sexuais, que possam implicar troca de fluidos corporais. Consulte o Capítulo 17 - Saúde Sexual, para informações sobre educação sexual e opções de sexo seguro, para pessoas com géneros e sexualidades diversos. Além disso, a preservação da fertilidade deve ser abordada

quando se ponderam intervenções médicas que possam afetar as possibilidades de

parentalidade futura. Para mais informações, consulte o Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

CAPÍTULO 10 Pessoas Intersexo

A 7ª Versão das Normas de Cuidados de Saúde incluiu um capítulo sobre a aplicabilidade das normas a pessoas com características físicas intersexo, que passaram a apresentar disforia de gênero e/ou que mudaram de gênero, dado serem diferentes de pessoas transgênero, sem intersexualidade, na apresentação fenomenológica, nas trajetórias de vida, na prevalência, na etiologia e nos riscos de estigmatização. O presente capítulo disponibiliza uma atualização, e acrescenta recomendações, sobre a abordagem médica, clinicamente necessária, a pessoas intersexo, de um modo geral (consulte a declaração sobre clinicamente necessário, no Capítulo 2— Aplicabilidade Global, Declaração 2.1).

Uma criança recém-nascida, com uma diferenciação sexual atípica, pode, desde muito cedo, apresentar desafios clínicos, incluindo a necessidade de educação e apoio familiares desde o início, a tomada de decisão sobre a atribuição de gênero e a subsequente gestão clínica do gênero, cujas componentes - especialmente a cirurgia genital - podem ser controversas e um risco posterior, significativamente aumentado, de desenvolvimento de disforia de gênero e de mudança de gênero (Sandberg & Gardner, [2022](#)).

Terminologia

«Intersexo» (a tradução literal do latim seria «entre os sexos») é um termo alicerçado no sistema binário de sexo, subjacente à reprodução mamífera (incluindo a humana). Na medicina, o termo é aplicado coloquialmente a pessoas com variações congênitas, acentuadamente atípicas, no aparelho reprodutor. Algumas variações, muitas vezes rotuladas como «ambiguidade genital», impedem o reconhecimento simples do sexo somático, enquanto macho

ou fêmea, e, em sociedades com bons recursos, podem implicar um exame físico, endocrinológico e genético abrangente, antes da «atribuição» de um sexo ou gênero. Nos últimos anos, pessoa «intersexo» tornou-se, igualmente, num rótulo de identidade, adotado por algumas pessoas, com condições intersexo, e por um subconjunto de pessoas (não intersexo), com uma identidade de gênero não binária (Tamar-Mattis et al., [2018](#)). Numa conferência de consenso internacional de 2005, sobre a abordagem a questões intersexo, as condições intersexo foram incluídas num novo termo médico padrão, «Perturbações do Desenvolvimento Sexual» (DSD, do inglês *Disorders of Sex Development*), definido como «condições congénitas nas quais o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonádico ou anatómico é atípico» (Hughes et al., 2006). As DSD abrangem uma gama muito mais ampla de condições do que as tradicionalmente incluídas na intersexualidade, incluindo condições como a síndrome de Turner e a síndrome de Klinefelter, que são muito mais prevalentes. Além disso, muitas pessoas afetadas não gostaram do termo «perturbação», considerando-o como intrinsecamente estigmatizante (Carpenter, [2018](#); Griffiths, [2018](#); Johnson et al., [2017](#); Lin-Su, et al., [2015](#); Lundberg et al., [2018](#); Tiryaki et al., [2018](#)). Também se verificam variações no grau de aceitação do termo por parte de profissionais de saúde (Miller et al., [2018](#)). A leitura alternativa e generalizada de DSD, como «Diferenças no Desenvolvimento Sexual» (do inglês, *Differences in Sex Development*), pode ser vista como menos patologizante, mas é insatisfatória do ponto de vista semântico, já que este termo não distingue as diferenças genitais típicas, entre machos e fêmeas, da diferenciação sexual atípica. Outras tentativas recentes de encontrar termos menos ostensivamente estigmatizantes, como «Condições que Afetam o Desenvolvimento Reprodutor» (CARD; Delimata et al., [2018](#)) ou «Variações

de/ nos Caracteres Sexuais» (VSC; Crocetti, et al., 2021), também não são específicos da intersexualidade.

Tendo em consideração estas questões sobre a definição, neste capítulo iremos usar o termo «intersexualidade» (ou «intersexo»), exclusivamente em referência a manifestações físicas congénitas. Fazemo-lo, tanto por clareza descritiva, como por continuidade histórica. Esta opção não deve ser interpretada como constituindo qualquer intenção da nossa parte por tomar partido na discussão em curso, relativamente ao conceito de sexo e/ou género, enquanto sistema bipolar ou como um continuum, que pode variar de acordo com critérios de contexto e utilidade (Meyer-Bahlburg, 2019). Nas sociedades do século XXI, os conceitos de sexo e de género encontram-se num processo evolutivo.

Prevalência

A prevalência das condições intersexo depende da definição utilizada. A atipicidade genital óbvia («genitália ambígua») ocorre com uma frequência estimada que varia, aproximadamente, entre 1 para 2000 e 1 para 4500 pessoas (Hughes et al., 2007). As definições mais inclusivas de DSD estimam uma prevalência de até 1,7% (Blackless et al., 2000). Embora estes números sejam elevados quando agregados, as condições individuais, associadas às variações intersexo, tendem a ser muito mais raras. Por exemplo, a síndrome de insensibilidade aos androgénios (SIA) ocorre aproximadamente em 1 em cada 100.000 nascimentos com cariótipo 46,XY (Mendoza & Motos, 2013) e a hiperplasia congénita da suprarrenal (HCSR) clássica aproximadamente em 1 em cada 15.000 nascimentos com cariótipo 46,XX (Therrell, 2001). Os números de prevalência para síndromas individuais podem variar drasticamente entre países e grupos étnicos.

Apresentação

A apresentação de pessoas com traços intersexo varia muito. A intersexualidade pode ser reconhecida durante a ultrassonografia pré-natal, embora a maioria das pessoas apenas seja identificada durante os exames genitais à nascença. Em sociedades com bons recursos, estas crianças serão submetidas a minuciosos procedimentos de diagnóstico clínico, durante as primeiras semanas de vida. Tendo em consideração o diagnóstico clínico específico, os resultados físicos e hormonais e as informações de estudos de acompanhamento de longo prazo, sobre os cenários de desenvolvimento do género, a decisão tomada em conjunto, entre responsáveis parentais e a equipa de cuidados de saúde, leva, habitualmente, a que seja atribuído o sexo e/ou género masculino ou feminino, à criança recém-nascida. Algumas pessoas intersexo apenas chegam ao conhecimento de especialistas por volta da idade da puberdade, por exemplo, quando adolescentes criadas como sendo do sexo feminino são examinadas devido a amenorreia primária.

Profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas intersexo e com incerteza de género, têm de saber que o contexto clínico em que essas pessoas cresceram é, habitualmente, muito diferente do das pessoas TGD não intersexo. Existem muitas síndromes diferentes de intersexualidade e cada síndrome pode variar no nível de gravidade. Consequentemente, as abordagens quanto a procedimentos hormonais e cirúrgicos variam em conformidade.

Algumas manifestações físicas de intersexualidade podem implicar uma intervenção urgente precoce, como nos casos de obstrução urinária ou de crise suprarrenal na HCSR. A maioria das variações físicas entre pessoas intersexo não compromete a função, pelo menos nos primeiros anos, nem coloca em risco a segurança da pessoa. No entanto, o

estigma psicossocial, associado à aparência genital atípica, motiva, muitas vezes, a cirurgia genital precoce (frequentemente rotulada de «corretiva» ou «normalizante»), muito antes da pessoa atingir a idade de consentimento. Esta abordagem é extremamente controversa, porque entra em conflito com os princípios éticos subjacentes à autonomia de uma pessoa (Carpenter, [2021](#); Kon, [2015](#); National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, [1979](#)). Além disso, de entre as manifestações que não constituem preocupações imediatas de segurança, algumas pessoas, quando mais velhas, podem optar por uma série de intervenções médicas, para otimizar a função e a aparência. As especificidades dos procedimentos médicos estão muito para além do âmbito do que pode ser abordado neste capítulo e a pessoa que esteja interessada deve consultar literatura endocrinológica e cirúrgica específica.

Algumas condições intersexo estão associadas a uma maior variabilidade da identidade de género a longo prazo do que outras (Dessens et al., [2005](#)). Por exemplo, a incidência de uma identidade de género não cisgénero, em pessoas com cariótipo 46, XX com HCSR, a quem foi atribuído o sexo feminino, pode chegar a 5 - 10% (Furtado et al., [2012](#)). A grande componente biológica, subjacente à identidade de género, é um fator crítico, que deve ser tido em consideração quando se propõem intervenções psicossociais, médicas e cirúrgicas, a pessoas com condições intersexo. Há também uma vasta evidência de que pessoas intersexo e as respetivas famílias podem apresentar desconforto psicossocial (de Vries et al., [2019](#); Rosenwohl-Mack et al., [2020](#); Wolfe-Christensen et al., [2017](#)), in part related to psychosocial stigma (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., [2017](#); Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., [2017](#); Meyer-Bahlburg et al.,

[2018](#)).

Intersexualidade na nomenclatura psiquiátrica

Desde 1980 que a nomenclatura psiquiátrica americana reconhece as pessoas intersexo, que cumprem os critérios para variantes de identidade de género; contudo, a sua categorização diagnóstica mudou nas sucessivas edições do DSM. Por exemplo, no DSM-III (American Psychiatric Association, [1980](#)), a categoria do Eixo I de «transexualismo» não poderia ser aplicada a essas pessoas na idade adulta, mas essas crianças eram rotuladas com «perturbação da identidade de género da infância», com a condição médica intersexo a ser especificada no Eixo III. No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, [2000](#)), as pessoas intersexo foram excluídas da categoria do Eixo I de «perturbação da identidade de género», independentemente da idade e, em vez disso, agrupadas com outras condições, na categoria «perturbação da identidade de género ainda não classificada». No DSM-5 (American Psychiatric Association, [2013](#)), que se afastou do sistema multiaxial, a «perturbação da identidade de género» foi redefinida como «disforia de género» e aplicada, independentemente da idade e da condição intersexo, mas as pessoas intersexo receberam a especificação adicional «com uma perturbação do desenvolvimento sexual» (Zucker et al., [2013](#)). A recém-publicada revisão de texto do DSM-5 (American Psychiatric Association, [2022](#)) mantém o termo disforia de género. É de notar, no entanto, que a recente revisão da Classificação Internacional de Doenças [ICD-11; World Health Organization, [2019a](#)] passou a «incongruência de género» do capítulo «Perturbações Mentais, Comportamentais ou do Desenvolvimento Neurológico» para um novo capítulo, «Condições Relacionadas com a Saúde Sexual».

Declarações de Recomendação

10.1- Sugerimos que seja uma equipa multidisciplinar, com conhecimentos profundos sobre diversidade da identidade e expressão de género, bem como sobre intersexualidade, a prestar cuidados de saúde a pessoas intersexo e respetivas famílias.

10.2- Recomendamos que profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde a pessoas transgénero, jovens e adultas, adquiram formação e educação sobre os aspetos dos cuidados a pessoas intersexo, relevantes para a sua especialidade profissional.

10.3- Sugerimos que profissionais de saúde eduquem e aconselhem as famílias de crianças intersexo, a partir do momento do diagnóstico, sobre a condição intersexo específica da criança e as respetivas implicações psicossociais.

10.4- Sugerimos que tanto profissionais de saúde como responsáveis parentais incluam as crianças ou pessoas intersexo em diálogos contínuos, adequados à fase de desenvolvimento, sobre a sua condição intersexo e as respetivas implicações psicossociais.

10.5- Sugerimos que profissionais de saúde e responsáveis parentais apoiem as crianças ou pessoas intersexo na exploração da sua identidade de género ao longo da vida.

10.6- Sugerimos que profissionais de saúde promovam o bem-estar e minimizem o possível estigma de ter uma condição intersexo, trabalhando em colaboração com pessoas/organizações médicas e não médicas.

10.7- Sugerimos que profissionais de saúde encaminhem as crianças ou pessoas intersexo e respetivas famílias para profissionais de saúde mental, bem como para apoios de pares e outros apoios psicossociais, conforme o mais adequado.

10.8- Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas intersexo e respetivas famílias sobre a supressão da puberdade e/ou opções de terapia hormonal, de acordo com a identidade de género, idade e circunstâncias médicas específicas da pessoa.

10.9- Sugerimos que profissionais de saúde aconselhem responsáveis parentais e crianças intersexo (com suficiente desenvolvimento cognitivo) a atrasar cirurgias genitais de afirmação de género, cirurgias gonádicas, ou ambas, de modo a otimizar a autodeterminação das crianças e a capacidade de participar na decisão, com base no consentimento informado.

10.10- Sugerimos que operações a pessoas intersexo sejam feitas apenas por profissionais com experiência em cirurgia intersexo genital ou gonádica.

10.11- Recomendamos que profissionais de saúde, que prescrevem ou referenciam para terapias hormonais ou cirurgias, aconselhem as pessoas intersexo com potencial reprodutivo para fertilidade e respetivas famílias sobre a) os efeitos conhecidos das terapias hormonais e cirurgias na fertilidade futura; b) os possíveis efeitos de terapias que não se encontram devidamente estudadas e cuja reversibilidade é desconhecida; c) as opções de preservação da fertilidade; e d) as implicações psicossociais da infertilidade.

10.12- Sugerimos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas intersexo com infertilidade congénita, lhes apresentem e às respetivas famílias, desde cedo e de forma gradual, as diversas opções alternativas de parentalidade.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe, bem como na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 10.1

Sugerimos que seja uma equipa multidisciplinar, com conhecimentos profundos sobre diversidade da identidade e expressão de género, bem como sobre intersexualidade, a prestar cuidados de saúde a pessoas intersexo e respetivas famílias.

A intersexualidade, uma subcategoria das

Perturbações do Desenvolvimento Sexual, é uma condição congénita complexa, que implica o envolvimento de especialistas de várias áreas médicas e comportamentais (Hughes et al., 2006). A constituição e a função da equipa podem variar, dependendo da sua localização, dos recursos locais, do diagnóstico e das necessidades da pessoa intersexo e respetiva família. A equipa ideal inclui subespecialidades pediátricas de endocrinologia, cirurgia e/ou urologia, psicologia e/ou psiquiatria, ginecologia, genética e, se disponível, pessoal com formação em serviço social, enfermagem e ética médica (Lee et al., 2006). A estrutura da equipa pode estar alinhada com 1) o modelo clínico multidisciplinar tradicional; 2) o modelo interprofissional; ou 3) o modelo transdisciplinar. Embora estas estruturas possam parecer semelhantes, são, de facto, muito diferentes e podem exercer influência

variável sobre o modo como a equipa funciona (Sandberg & Mazur, 2014). A Declaração de Consenso de 2006 não toma nenhuma decisão sobre qual é o melhor modelo - multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar - e apenas afirma que os modelos «implicam diferentes graus de colaboração e de autonomia profissional» (Lee, Nordenström et al., 2016). Desde a publicação da Declaração de Consenso em 2006, que essas equipas têm sido criadas, tanto na Europa como nos EUA. No sítio de internet da DSD-Translational Network (DSD-TRN), pode encontrar-se uma lista de equipas nos EUA. Existem também equipas em vários países europeus (Thyen et al., 2018). Apesar de existirem barreiras à criação de equipas, tal como observado por Sandberg e Mazur (2014), as equipas multidisciplinares ajudam a solucionar uma série de problemas, que prejudicaram o sucesso dos cuidados de saúde de pessoas, com um diagnóstico intersexo, e respetivas famílias, tais como a dispersão dos serviços, a pouca ou nenhuma comunicação entre profissionais e a consequente fragmentação das explicações fornecidas às pessoas, que confunde mais do que esclarece.

A maioria das pessoas intersexo será identificada à nascença, ou pouco tempo depois, enquanto outras serão identificadas em momentos posteriores do ciclo de vida, por exemplo, na puberdade (ver Brain et al., 2010, Table 1). Quando isso acontece, a abordagem da equipa será modificada de acordo com o diagnóstico e a idade da pessoa. Em algumas circunstâncias, a constituição da equipa pode ser alargada para incluir outras especialidades, consoante necessário.

Foi relatado que crianças observadas por uma equipa multidisciplinar apresentavam uma probabilidade significativamente superior de receber praticamente toda a gama de serviços, em vez de somente os serviços prestados por uma única pessoa

(Crerand et al., 2019). Responsáveis parentais, que receberam esse tipo de cuidados, avaliaram positivamente os serviços psicossociais e a abordagem da equipa e indicaram ter recebido mais informações do que as que não tiveram interação com esse tipo de equipas (Crerand et al., 2019).

Declaração 10.2

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados de saúde a pessoas transgénero, jovens e adultas, adquiram formação e educação sobre os aspetos dos cuidados para pessoas intersexo, relevantes para a sua especialidade profissional.

Resultados de entrevistas com pessoas internas de medicina (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018) e de inquéritos e autoavaliações programáticas (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015) sugerem que os programas de formação em medicina não as preparam devidamente, para que possam prestar cuidados de saúde idóneos a pessoas que apresentem disforia de género e intersexualidade. Tanto profissionais como outras partes interessadas, que participam em eventos específicos sobre questões intersexo, identificaram a educação contínua e a colaboração como necessidades relevantes para o desenvolvimento profissional (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). Isso pode ser especialmente válido para quem presta cuidados a pessoas adultas, já que poderá ter menos orientações ou apoio clínicos, sobre assistência a pessoas que se encontram na fase de transição, entre cuidados pediátricos e cuidados para a idade adulta (Crouch & Creighton, 2014).

No entanto, existem poucas diretrizes quanto a formação ou avaliação de competências profissionais nestes temas e as que estão disponíveis destinam-se principalmente a profissionais de saúde mental (Hollenbach et al., 2014), com exceção de um guia de cuidados de saúde primários (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

Para profissionais de saúde que pretendam melhorar as suas competências, procurar aconselhamento junto de especialistas pode ser uma boa opção, quando a educação formal, ou as diretrizes empíricas, não estiverem disponíveis. Tendo em conta a adoção, relativamente generalizada, de equipas multidisciplinares de especialistas, na gestão da intersexualidade (Pasterski et al., 2010), as pessoas que integram essas equipas encontram-se numa excelente posição para aconselhar e formar profissionais de saúde, que possam não ter recebido formação adequada (Hughes et al., 2006). Consequentemente, é recomendado que a formação de profissionais constitua uma componente central da construção das equipas (Auchus et al., 2010) e que quem integra equipas multidisciplinares possa receber formação específica para o trabalho em equipa, incluindo estratégias para participar em aprendizagens interprofissionais (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Declaração 10.3

Sugerimos que profissionais de saúde eduquem e aconselhem as famílias de crianças intersexo, a partir do momento do diagnóstico, sobre a condição intersexo específica da criança e as respetivas implicações psicossociais.

A divulgação integral de informações médicas às famílias de crianças com condições intersexo, através de educação e aconselhamento, deve começar no momento do diagnóstico e estar em conformidade com as orientações presentes em diversas diretrizes de consenso internacional. Uma das questões mais exigentes que se coloca, perante uma criança intersexo recém-nascida, especialmente quando associada a ambiguidade genital notória, é a atribuição do sexo e, do ponto de vista de responsáveis parentais, o género com que irá ser criada

(Fisher, Ristori et al., 2016). Dado que se trata de uma situação extremamente angustiante, para a maioria das pessoas responsáveis parentais, recomenda-se, de um modo geral, que as decisões sobre sexo ou género sejam tomadas tão rapidamente, quanto uma avaliação diagnóstica completa permita (Houk & Lee, 2010). No entanto, os critérios para as decisões sobre sexo ou género têm mudado ao longo do tempo. Na segunda metade do século XX, as decisões foram tendenciosas, favorecendo a atribuição do sexo feminino, porque a cirurgia genital de feminização era considerada mais fácil e menos suscetível a efeitos secundários do que a cirurgia de masculinização. No entanto, em determinadas condições intersexo, por exemplo, cariótipo 46, XY, com deficiência da 5 α redutase de tipo 2, a atribuição de sexo ou género feminino foi associada a taxas posteriores elevadas de disforia de género e de mudança de género (Yang et al., 2010). Por isso, desde a Conferência Internacional de Consenso sobre Questões Intersexo, em 2005, que a atribuição de sexo e/ou género tem em consideração os dados que foram sendo gradualmente acumulados, sobre os cenários de desenvolvimento do género, a longo prazo, nas diversas condições de intersexualidade.

A prática da divulgação destina-se a permitir uma tomada de decisão, o mais informada possível, sobre os cuidados de saúde. Além disso, embora a vergonha e a estigmatização, em torno da intersexualidade, estejam associadas a piores resultados psicossociais, a comunicação aberta e proativa de informações sobre saúde foi proposta como estratégia para reduzir esses riscos (de Vries et al., 2019). Dependendo do diagnóstico e da fase de desenvolvimento da pessoa, as condições intersexo podem afetar de forma diferente as pessoas e as respetivas necessidades de cuidados de saúde. A comunicação relacionada com a saúde intersexo deve, portanto, ser contínua e personalizada. A investigação sobre a tomada de decisão nos

cuidados de saúde, prestados a pessoas intersexo, sugere que as famílias são influenciadas pela forma como as equipas clínicas transmitem a informação (Timmermans et al., 2018). De acordo com as SOC, incentivamos quem presta cuidados a adotar linguagem e atitudes normalizadoras e afirmativas, em todas as funções de educação e aconselhamento. Por exemplo, descrever a atipia genital como uma «variação» ou «diferença» é mais afirmativo do que usar os termos «defeito congénito» ou «anomalia».

Todas as pessoas profissionais de saúde, envolvidas na prestação de cuidados, a determinada pessoa, podem providenciar educação e informações básicas às famílias. Em equipas multidisciplinares, o tipo de educação pode ajustar-se à área de especialização de profissionais de saúde; por exemplo, profissionais de cirurgia podem educar as pessoas sobre a sua anatomia, profissionais de endocrinologia podem ensinar sobre as especificidades do desenvolvimento hormonal, ou profissionais da área da saúde mental podem informar sobre os espectros de género e identidade sexual. Noutros casos, cada profissional de saúde poderá necessitar de disponibilizar formação mais abrangente. As famílias devem receber informações que sejam pertinentes, para a variação intersexo específica da pessoa, nos casos em que seja conhecida. Essas informações poderão ser complementadas por profissionais de saúde, através de recursos centrados na pessoa, disponíveis em grupos de apoio. Também foram contratadas para a equipa pessoas intersexo, para dar formação, usando as suas próprias experiências de vida.

As orientações de consenso também recomendam que as famílias tenham acesso a apoio psicossocial contínuo, disponibilizado tanto por pares como por profissionais (Hughes e outros., 2006), que

podem incluir aconselhamento centrado na resolução de problemas e na orientação preventiva (Hughes e outros., 2006). Por exemplo, as famílias podem procurar orientações sobre como educar outras pessoas - irmãs/irmãos, família alargada e pessoas cuidadoras - sobre a condição intersexo específica de uma pessoa. Outras famílias podem necessitar de apoio, ou de cuidados de saúde mental, para gerir o stress dos procedimentos em pessoas intersexo. As pessoas adolescentes podem beneficiar de orientações sobre como revelar a informação a colegas, bem como de apoio relativamente a relações amorosas e sexuais. Disponibilizar aconselhamento também pode incluir a orientação de famílias e pessoas de todas as idades, através de processos partilhados de tomada de decisão, relativamente a cuidados clínicos ou cirúrgicos. Quem presta cuidados pode utilizar ferramentas de apoio à decisão para facilitar o processo (Sandberg e outros., 2019; Weidler e outros., 2019).

Declaração 10.4

Sugerimos que tanto profissionais de saúde, como responsáveis parentais, incluam as crianças ou pessoas intersexo em diálogos contínuos, adequados à respetiva fase de desenvolvimento, sobre a sua condição intersexo e as respetivas implicações psicossociais.

A transmissão de informações sobre saúde é um processo multidirecional, que inclui a transferência de informações de profissionais para as pessoas, de responsáveis parentais para as pessoas, bem como das pessoas novamente para profissionais de saúde (Weidler & Peterson, 2019). Apesar de toda a ênfase colocada na comunicação com responsáveis parentais, relativamente a diagnóstico e tomada de decisões cirúrgicas, jovens com DSD têm relatado obstáculos na interação com profissionais de cuidados de saúde e nem sempre podem contar com o apoio de responsáveis parentais (Callens et al., 2021). Para preparar as pessoas, de modo a

estarem totalmente envolvidas e autónomas relativamente aos seus procedimentos, é fundamental que tanto quem presta cuidados, como quem detém a responsabilidade parental, comunique continuamente com as crianças ou pessoas intersexo.

Quem presta cuidados deve indicar o mais rapidamente possível que existirá uma comunicação contínua e aberta entre todas as partes, especialmente porque responsáveis parentais podem sentir desconforto devido à incerteza associada às DSD e podem procurar soluções rápidas (Crissman et al., [2011](#); Roberts et al., [2020](#)). Foram desenvolvidos modelos de tomada de decisão partilhada, bem como ferramentas de apoio à tomada de decisão, para apoiar a comunicação contínua entre profissionais de saúde, as pessoas e respetivas famílias (Karkazis et al., [2010](#); Sandberg et al., [2019](#); Siminoff & Sandberg, [2015](#); Weidler et al., [2019](#)). Para além de definir as expectativas de diálogo, quem presta cuidados também pode definir o tom da comunicação. Pode, ainda, ajudar responsáveis parentais e as pessoas intersexo a tolerar a incerteza diagnóstica e, ao mesmo tempo, fornecer educação sobre variações anatómicas, promover a abertura sobre identidade sexual e de género, disponibilizar-se para acolher as dúvidas das crianças ou pessoas intersexo. À medida que crescem, as crianças ou pessoas intersexo podem ter dúvidas, ou necessitar de informações, adequadas à idade, sobre sexo, menstruação, fertilidade, necessidade de terapia hormonal (suprarrenal/sexual), saúde óssea e risco de cancro.

Quem detém a responsabilidade parental também desempenha um papel essencial na educação das suas crianças e podem ser as primeiras pessoas a revelar-lhes informações clínicas (Callens et al., [2021](#)). Como parte da definição de expectativas sobre comunicação, quem presta cuidados

deve preparar as pessoas responsáveis parentais para educarem as suas crianças e outras pessoas pertencentes ao seu sistema de apoio, sobre o diagnóstico intersexo e o histórico de procedimentos. Há responsáveis parentais que relatam dificuldades em saber a extensão do que devem revelar a outras pessoas e às suas próprias crianças (Crissman et al., [2011](#); Danon & Kramer, [2017](#)). O stress por que passam, quando criam crianças intersexo, aumenta quando adotam uma abordagem que minimiza a revelação ou discussão do diagnóstico das suas crianças (Crissman et al., [2011](#)). O nível de stress também varia de acordo com a fase do desenvolvimento, sendo que quem relata maiores taxas de stress são responsáveis parentais de adolescentes (Hullman et al., 2011). Consequentemente, profissionais de saúde devem apoiar responsáveis parentais, no desenvolvimento de estratégias específicas, adaptadas à fase do desenvolvimento das suas crianças, que respondam às suas preocupações e valores psicossociais ou culturais (Danon & Kramer, [2017](#); Weidler & Peterson, [2019](#)). Finalmente, estudos mais alargados sobre sexualidade e variação de género descobriram – contrariando as associações entre vergonha/estigma e resultados de saúde negativos – que comportamentos familiares de suporte ou apoio (incluindo diálogos com as crianças, sobre a sua identidade, e colocando-as em contacto com colegas) antecipam uma maior autoestima e melhores resultados de saúde nas pessoas intersexo (Ryan et al., [2010](#)).

Declaração 10.5

Sugerimos que profissionais de saúde e responsáveis parentais apoiem as crianças ou pessoas intersexo, na exploração da sua identidade de género, ao longo da vida.

As construções psicológicas, sociais e culturais, intersectam-se todas com fatores biológicos, de modo a formar a identidade de género de uma pessoa. Enquanto grupo, as

peessoas intersexo apresentam um aumento das taxas de comportamentos de desconformidade de género, questionamento de género e desejos de se identificar ou ter comportamentos do sexo oposto (*cross-gender*) na infância, dependendo, em parte, da discrepância entre o meio hormonal sexual pré-natal, em que o cérebro do feto se diferenciou, e o sexo atribuído à nascença (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Os problemas de identidade de género são observados, com percentagens diferentes, em pessoas com diferentes condições intersexo (de Vries et al., 2007). Mais recentemente, foi documentado que algumas pessoas desenvolveram uma identidade não binária, pelo menos em privado (Kreukels et al., 2018). Embora a maioria das pessoas intersexo possa não apresentar disforia de género, nem desejos de transição de género, pode, ainda assim, ter sentimentos de incerteza e perguntas por responder sobre o seu género (Kreukels et al., 2018). As dúvidas sobre identidade de género podem surgir a partir de fatores como o aspeto genital, o desenvolvimento pubertário e o conhecimento de coisas como o termo diagnóstico da condição clínica, a condição gonádica, o estado dos cromossomas sexuais e antecedentes de cirurgia genital. Consequentemente, tem de haver disponibilidade, por parte de profissionais de saúde, para abordar essas questões e sentimentos, para conversar de forma aberta, sobre diversidade de género, e para adotar uma abordagem menos binária em relação ao género. É recomendado que profissionais de saúde também orientem responsáveis parentais, no que respeita ao apoio dado às crianças na exploração do género.

Além disso, esse apoio não deve ser limitado aos anos da infância. Pelo contrário, as pessoas devem ter a

oportunidade de explorar a sua identidade de género, ao longo de toda a vida, porque épocas diferentes podem trazer novas questões sobre género (por exemplo, puberdade e/ou adolescência, idade fértil). De um modo geral, as crianças podem ter dúvidas sobre a sua identidade de género, em momentos marcantes do seu amadurecimento e da sua evolução. Quando confrontadas com fatores de stress adicionais, por exemplo, ambiguidade genital, exames e procedimentos genitais, bem como com a interseccionalidade de preconceitos e influências culturais, as pessoas intersexo podem precisar de apoio, devendo ser encorajadas a procurar assistência e orientação profissional qualificada, quando necessário. De igual modo, profissionais de saúde devem perguntar, regularmente, se as pessoas intersexo, que acompanham, precisam desse apoio. Quando as pessoas apresentam incongruência de género, podem ser ponderadas intervenções de afirmação de género. Os procedimentos que devem ser aplicados nessas intervenções são descritos em outros capítulos.

Declaração 10.6

Sugerimos que profissionais de saúde promovam o bem-estar e minimizem o possível estigma de ter uma condição intersexo, trabalhando em colaboração com pessoas/organizações médicas e não médicas.

Afirma-se que as pessoas intersexo são alvo de estigmatização, apresentam sentimentos de vergonha, culpa, raiva, tristeza e depressão (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Nesta população, são observados níveis mais altos de problemas psicológicos, do que na população em geral (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). Além disso, o receio parental quanto ao estigma e à adaptação ao diagnóstico das suas crianças não deve ser negligenciado pela equipa clínica. Responsáveis parentais podem beneficiar de aconselhamento de suporte, que

ajude a gerir a tomada de decisão clínica (Fleming et al., [2017](#); Rolston et al., [2015](#); Timmermans et al., [2019](#)), bem como a compreender o impacto das decisões clínicas sobre a visão que têm da sua criança (Crissman et al., [2011](#); Fedele et al., [2010](#)).

Thyen e colegas ([2005](#)) descobriram que a repetição de exames genitais parece estar correlacionada com vergonha, medo e dor e que pode aumentar a probabilidade de desenvolver perturbação de stress pós-traumático (PSPT) numa fase posterior da vida (Alexander et al., [1997](#); Money & Lamacz, [1987](#)). A exposição à repetição de exames genitais, o receio de intervenções médicas e o sigilo entre responsáveis parentais e profissionais de saúde, sobre ser intersexo, prejudicam, em última análise, a autocapacitação e a autoestima da pessoa intersexo (Meyer-Bahlburg et al., [2018](#); Thyen et al., [2005](#); Tishelman et al., [2017](#); van de Grift, Cohen-Kettenis et al., [2018](#)). Para recomendações sobre como realizar exames genitais, de modo a minimizar os efeitos secundários psicológicos adversos, ver Tishelman e colegas. ([2017](#)).

Há um movimento ativo, no seio da comunidade intersexo, que pretende aliviar a estigmatização e devolver os direitos humanos e a dignidade às pessoas intersexo, em vez de as considerar anomalias clínicas e curiosidades (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase ([2003](#)) resume os principais motivos para o movimento de defesa dos direitos das pessoas intersexo e descreve o modo como a estigmatização e o trauma emocional são consequência da ignorância e da necessidade sentida para que haja sigilo. O conhecimento público, sobre condições intersexo, é muito limitado e as imagens e as histórias de pessoas intersexo, ainda são apresentadas como «anomalias da natureza». Consequentemente, aconselhamos que profissionais de saúde eduquem, de forma ativa, colegas, pessoas

intersexo e respetivas famílias e comunidades, que sensibilizem o público em geral e que promovam o aumento do conhecimento sobre questões intersexo. A consciência social e o conhecimento sobre estas podem ajudar a reduzir a discriminação e a estigmatização. Também se podem utilizar ferramentas e materiais de educação e informação para ajudar pessoas intersexo a revelar a sua condição, se tal for pretendido (Ernst et al., [2016](#)).

Profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer e abordar a estigmatização das pessoas que acompanham (Meyer-Bahlburg et al., [2018](#)) e devem promover a interconexão de pessoas intersexo, de diferentes faixas etárias, através de grupos de apoio. Há uma necessidade de desenvolver técnicas ou métodos específicos, para ajudar as pessoas a lidar com o estigma, relacionado com o facto de serem intersexo.

Declaração 10.7

Sugerimos que profissionais de saúde encaminhem as crianças ou pessoas intersexo e respetivas famílias para profissionais de saúde mental, bem como para apoios de pares e outros apoios psicossociais, conforme o mais adequado.

Para quase todas as pessoas, o nascimento de uma criança intersexo é totalmente inesperado e constitui um choque. É provável que a incapacidade para responder imediatamente à pergunta omnipresente «A sua criança é menino ou menina?», a falta de conhecimentos sobre a condição da criança, a incerteza em relação ao futuro da criança e o estigma generalizado, quanto a pessoas intersexo, causem desconforto, por vezes ao nível da PSPT, podendo levar a ansiedade e depressão prolongadas (Pasterski et al., [2014](#); Roberts et al., [2020](#); Wisniewski & Sandberg, [2015](#)). Essa situação pode afetar o cuidado parental e ter consequências a longo prazo para a criança intersexo (Schweizer et al., 2017). À medida que estas crianças crescem,

também correm o risco de ser alvo de estigmatização intersexo, nas suas três formas principais (realizada, antecipada, internalizada), em todas as esferas da sua vida (Meyer-Bahlburg et al., 2018), juntamente com outras possíveis dificuldades, tais como problemas com a imagem corporal, comportamento de género atípico e questionamento sobre a identidade de género. Muitas podem enfrentar uma dificuldade adicional, constituída pela consciência da incongruência entre o género que lhes foi atribuído e as características biológicas, como sejam o cariótipo sexual, as gónadas, o ambiente de hormonas sexuais passado e/ou presente e a configuração do aparelho reprodutor. Esta situação também pode afetar negativamente a saúde mental das pessoas (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Um estudo *online* recente, com uma amostra muito grande de jovens LGBTQ, indicou que jovens LGBTQ, que se categorizaram como tendo uma variação física intersexo, apresentaram uma taxa de problemas de saúde mental superior do que a taxa em jovens LGBTQ sem intersexualidade (Projeto Trevor, 2021). Dado que as condições intersexo são raras, responsáveis parentais dessas crianças e, posteriormente, as próprias pessoas, podem sentir que a sua situação é única e de difícil compreensão para outras pessoas. Assim, com base na prática clínica, há um consenso entre profissionais de saúde, com experiência em cuidados intersexo, de que o apoio social é uma componente crucial dos cuidados de saúde intersexo, não apenas através do apoio de profissionais de saúde mental (Pasterski et al., 2010), mas também, e muito importante, através de grupos de apoio de pessoas intersexo (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Uma lista internacional detalhada, de grupos de apoio de pares e de defesa dos direitos de pessoas intersexo e com DSD, incluindo os

respetivos sítios de internet, foi disponibilizada por Lee, Nordenström e colegas (2016). Tendo em consideração a heterogeneidade das condições intersexo e dos protocolos de tratamento, uma pessoa intersexo pode considerar mais útil associar-se a um grupo de apoio, que inclua pessoas com a mesma condição, ou condição semelhante à sua. É importante que profissionais de saúde, com especialização em cuidados de saúde intersexo, também colaborem de perto com esses grupos de apoio, de modo a que diferenças de opinião ocasionais, sobre aspetos específicos dos cuidados, possam ser ultrapassadas através de discussões detalhadas. Contactos próximos entre profissionais de saúde e grupos de apoio também facilitam a investigação participativa, baseada na comunidade, que beneficia ambas as partes.

Declaração 10.8

Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas intersexo e respetivas famílias, sobre a supressão da puberdade e/ou opções de terapia hormonal, de acordo com a identidade de género, idade e circunstâncias médicas específicas da pessoa.

Embora muitas pessoas intersexo tenham uma identidade de género de acordo com o seu cariótipo XX ou XY, há heterogeneidade suficiente para que sejam proporcionadas abordagens personalizadas, por parte de profissionais de saúde. Por exemplo, entre pessoas com cariótipo XX, com HCSR virilizante, uma minoria, superior ao que o esperado, apresenta uma identidade de género masculina (Dessens et al., 2005). Entre pessoas com cariótipo XY, com síndrome de insensibilidade parcial aos androgénios, a identidade de género pode variar significativamente (Babu & Shah, 2021). Além disso, entre pessoas com cariótipo XY, com deficiência da 5 α redutase de tipo 2 e com deficiência da 17-beta-hidroxiesteróide desidrogenase tipo 3, a quem foi atribuído

sexo feminino à nascença, uma grande percentagem (56 - 63% e 39 - 64%, respetivamente) passa de um papel típico de género feminino para um papel típico de género masculino, com a idade (Cohen-Kettenis, [2005](#)).

As pessoas intersexo dispõem de uma vasta gama de opções clínicas, dependendo da sua identidade de género e concordância com a anatomia. Essas opções incluem medicamentos para supressão da puberdade, terapia hormonal e cirurgias, todos personalizados para as circunstâncias específicas da pessoa (Weinand & Safer, [2015](#); Safer & Tangpricha, [2019](#)) (para mais informações, consulte o Capítulo 6 - Adolescentes e o Capítulo 12 - Terapia hormonal). Especificamente, quando existem gónadas funcionais, a puberdade pode ser temporariamente suspensa, usando análogos da hormona libertadora da gonadotropina (GnRH). Essa intervenção pode permitir o intervalo de tempo necessário, para que a pessoa explore a identidade de género e participe ativamente na designação sexual, especialmente para condições em que a mudança de papel sexual seja frequente (ou seja, em pessoas criadas como fêmeas, com deficiência da 5α redutase de tipo 2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., [2020](#); Fisher, Castellini et al., [2016](#)).

Profissionais de saúde podem aconselhar as pessoas e respetivas famílias, diretamente, se possuírem competências suficientes e se potenciarem a competência necessária para determinar tanto o ciclo de procedimentos adequado à pessoa, como a logística envolvida na implementação da opção terapêutica escolhida.

Declaração 10.9

Sugerimos que profissionais de saúde aconselhem responsáveis parentais e crianças intersexo (com suficiente desenvolvimento cognitivo) a atrasar

cirurgias genitais de afirmação de género, cirurgias gonádicas, ou ambas, de modo a otimizar a autodeterminação das crianças e a capacidade de participar na decisão, com base no consentimento informado.

As organizações internacionais de direitos humanos têm vindo a expressar, de forma crescente, as suas preocupações quanto ao facto das cirurgias realizadas, antes de uma criança poder participar, de forma relevante, na tomada de decisões, poderem colocar em causa os direitos humanos da criança à autonomia, à autodeterminação e a um futuro aberto (por exemplo, Human Rights Watch, [2017](#)). Várias organizações médicas e de defesa dos direitos intersexo, bem como vários países, juntaram-se a esses grupos internacionais de direitos humanos, para recomendar o atraso das cirurgias, quando tal for clinicamente exequível (Dalke et al., [2020](#); National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, [2020](#)). No entanto, é importante notar que algumas variações anatómicas, tais como a obstrução do fluxo urinário ou a exposição de órgãos pélvicos, constituem riscos iminentes para a saúde física (Mouriquand et al., [2016](#)). Outras, como a obstrução menstrual, ou o risco de malignidade de longo prazo de testículos retidos, podem ter consequências físicas. Um terceiro grupo de variações, ou seja, variações no aspeto dos órgãos genitais externos ou na profundidade vaginal, não representam risco físico imediato nem a longo prazo. As recomendações anteriores apenas se referem a variações anatómicas que, caso não sejam tratadas, não têm consequências físicas adversas imediatas e em que atrasar o procedimento cirúrgico não representa risco para a saúde física.

Os cuidados cirúrgicos não urgentes, para pessoas com essas variações, são complexos e frequentemente contestados, especialmente quando uma pessoa ainda é lactente ou criança de tenra idade e não pode participar no processo de tomada de decisão. Pessoas

intersexo mais velhas relataram problemas psicossociais e de saúde sexual, incluindo depressão, ansiedade e estigma sexual e social (de Vries et al., [2019](#); Rosenwohl-Mack et al., [2020](#)). Alguns estudos sugeriram que pessoas com uma variação específica (por exemplo, 46, XX HCSR) concordam que a cirurgia seja realizada antes da adolescência (Bennecke et al., [2021](#)). Estudos recentes sugerem que algumas pessoas adolescentes e adultas estão satisfeitas com o aspeto e a função dos órgãos genitais, após a cirurgia na infância (Rapp et al., [2021](#)). A diferença genital de uma criança também se pode tornar numa fonte de tensão para responsáveis parentais e há estudos que registam uma correlação entre cirurgias, para criar genitais binários, e uma ligeira redução do desconforto parental (Wolfe-Christensen et al., [2017](#)), embora uma minoria de responsáveis parentais possa relatar arrependimento sobre essa decisão (Ellens et al., [2017](#)). Consequentemente, algumas organizações recomendam que as cirurgias sejam disponibilizadas a crianças muito pequenas (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, [2020](#)).

Isto demonstra a divisão existente no campo médico, relativamente às diretrizes a seguir, quanto a cirurgias genitais precoces. As pessoas autoras deste capítulo também não chegaram a um consenso total. Algumas pessoas especialistas em questões intersexo consideram potencialmente prejudicial insistir num adiamento universal da cirurgia genital precoce, para variações genitais sem riscos médicos imediatos. Os motivos que sustentam esta visão incluem 1) as condições intersexo serem altamente heterógenas quanto ao tipo e à gravidade, bem como relativamente à estrutura e função gonádica e ao risco de malignidade associados; 2) as sociedades e as famílias apresentam variações enormes, quanto aos papéis atribuídos em função do género e ao potencial para estigmatização

intersexo; 3) a cirurgia precoce pode apresentar certas vantagens técnicas; e 4) uma revisão de inquéritos a pessoas intersexo (a maioria das quais já submetida a cirurgia genital) mostra que a maioria defende a cirurgia, antes da idade de consentimento, especialmente no caso de pessoas com cariótipo 46, XX, com HCSR, e com menos intensidade para pessoas com cariótipo XY com condições intersexo (Meyer-Bahlburg, [2022](#)). Especialistas que apoiam este ponto de vista defendem uma abordagem individualizada para as decisões relativas a cirurgia genital e ao momento da sua realização. Esta abordagem foi adotada por sociedades médicas, com percentagens elevadas de especialistas intersexo (Bangalore Krishna et al., [2021](#); Pediatric Endocrine Society, [2020](#); Speiser et al., [2018](#); Stark et al., [2019](#)), e por certas organizações de apoio (CARES Foundation; Krege et al., [2019](#)). No entanto, os estudos de resultados de longo prazo são limitados e na maioria dos estudos que relata resultados positivos falta um grupo de comparação não cirúrgico (Dalke, et al., [2020](#); National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, [2020](#)). Também não há evidência de que a cirurgia proteja as crianças intersexo contra a estigmatização (Roen, [2019](#)). Pessoas intersexo adultas vivenciam estigmatização, depressão e ansiedade relacionadas com a sua genitália, mas também podem ser alvo de estigmatização, independentemente de terem feito a cirurgia (Ediati et al., [2017](#); Meyer-Bahlburg, Khuri et al., [2017](#); Meyer-Bahlburg et al., [2018](#)). Há também evidência de que as cirurgias podem levar a complicações cosméticas, urinárias e sexuais significativas, que se prolongam para a idade adulta (Gong & Cheng, [2017](#); National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, [2020](#)). Estudos recentes sugerem que alguns grupos de pessoas podem ter experiências especialmente negativas com a gonadectomia, embora esse risco tenha de ser ponderado comparativamente com o da malignidade

gonádica (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). As pessoas intersexo também apresentam uma probabilidade muito superior, do que a população em geral, para ser transgênero, para ter gênero diverso ou para ter disforia de gênero (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). As cirurgias genitais de crianças pequenas podem, portanto, reforçar, de forma irreversível, uma atribuição sexual binária, que não está alinhada com o futuro das pessoas. Estes resultados, juntamente com as perspectivas sobre direitos humanos, apoiam a defesa do atraso na tomada de decisão sobre a cirurgia, até a pessoa poder decidir por si mesma.

Há uma necessidade urgente de estudos sistemáticos, de acompanhamento de longo prazo, para comparar pessoas com as mesmas condições intersexo, com idades diferentes no momento da cirurgia, ou que não foram submetidas a nenhuma cirurgia, relativamente à identidade de gênero, à saúde mental e à qualidade de vida em geral.

Declaração 10.10

Sugerimos que operações a pessoas intersexo sejam feitas apenas por profissionais, com experiência em cirurgia intersexo genital ou gonádica.

As condições intersexo são raras e a anatomia genital e gonádica intersexo são heterogêneas. As cirurgias têm sido associadas a um risco de complicações significativas a longo prazo (por exemplo, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020) e a maioria dos programas de formação cirúrgica não prepara as pessoas formandas para prestar este tipo de cuidados de saúde especializados (Grimstad, Kremen et al., 2021). Devido ao reconhecimento da complexidade dos cuidados cirúrgicos ao longo da vida, as normas produzidas por especialistas e pelo consenso internacional

recomendam que esses cuidados sejam prestados por equipas multidisciplinares de especialistas (Krege et al., 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Consequentemente, aconselhamos que os cuidados cirúrgicos sejam limitados a ambientes multidisciplinares, especializados em intersexo, que incluam pessoas cirurgiãs, com experiência em cuidados intersexo.

Declaração 10.11

Recomendamos que profissionais de saúde, que prescrevem ou referenciam para terapias hormonais ou cirurgias, aconselhem as pessoas intersexo com potencial reprodutivo e respetivas famílias sobre a) os efeitos conhecidos das terapias hormonais ou cirurgias na fertilidade futura; b) os possíveis efeitos de terapias que não se encontram devidamente estudadas e cuja reversibilidade é desconhecida; c) as opções de preservação da fertilidade; e d) as implicações psicossociais da infertilidade.

Pessoas com determinadas condições intersexo podem ter genitália funcional, do ponto de vista reprodutivo, mas apresentarem infertilidade devido ao desenvolvimento gonádico atípico. Outras podem ter gónadas funcionais, com células germinativas viáveis, mas com incapacidade de obter fertilidade natural, devido a incongruência da genitália interna ou externa (van Batavia & Kolon, 2016). A supressão da puberdade, a terapia hormonal com esteroides sexuais e as cirurgias de afirmação de gênero podem todas influenciar negativamente a fertilidade futura. Consequentemente, as possíveis consequências do procedimento e as opções de preservação da fertilidade devem ser analisadas e discutidas.

Pessoas com testículos funcionais devem ser advertidas de que a terapia prolongada com estrogénios e a supressão de testosterona, tal como estudado em pessoas TGD, sem intersexualidade, pode causar atrofia

testicular e uma redução na contagem de espermatozoides (Mattawanon et al., 2018). Embora a interrupção dessas terapias hormonais de afirmação de gênero possa melhorar a qualidade do esperma, não se pode garantir uma reversão completa do comprometimento do sêmen (Sermondade et al., 2021). A principal opção de preservação da fertilidade, para pessoas com testículos funcionais, é a criopreservação do esperma, recolhido por masturbação ou estimulação vibratória (de Roo et al., 2016). Embora não existam dados quanto ao sucesso no ser humano, há uma proposta para disponibilizar extração testicular direta e criopreservação de tecido testicular imaturo para adolescentes, que ainda não tenham alcançado a espermarca (Mattawanon et al., 2018).

Pessoas com ovários funcionais devem ser advertidas de que, geralmente, a terapia com testosterona tem como consequência a interrupção da menstruação e da ovulação, frequentemente poucos meses após o início da terapia. Existem grandes lacunas no conhecimento sobre os potenciais efeitos da testosterona sobre os oócitos e a fertilidade subsequente. Em pessoas transgênero, um estudo relatou que a terapia com testosterona pode estar associada ao desenvolvimento de morfologia de ovários policísticos (Grynberg et al., 2010). No entanto, outros estudos não encontraram evidência de síndrome dos ovários policísticos (SOP), em homens transgênero, que receberam terapia hormonal de afirmação, baseada em parâmetros metabólicos (Chan et al., 2018) ou histológicos (de Roo et al., 2017). Pessoas com útero intacto e ovários funcionais podem recuperar o seu potencial de fertilidade, se a terapia com testosterona for descontinuada.

As opções de preservação da fertilidade, em pessoas pós-púberes, com intersexualidade e ovários funcionais, incluem estimulação

hormonal para criopreservação de oócitos maduros ou criopreservação de tecido ovário. Por outro lado, foi relatada extração estimulada de oócitos, mesmo para um homem transgênero, que continuou a terapia com testosterona (Greenwald, 2021). Da mesma forma, a criopreservação de oócitos, após estimulação ovárica, foi relatada num menino transgênero, que fez terapia com GnRHa (Rothenberg et al., 2019). Deve realçar-se que a estimulação ovárica, a cessação temporária da terapia de redução da testosterona com agonistas da GnRH, ou ambas, bem como os procedimentos ginecológicos, podem ser psicologicamente angustiantes para as pessoas, sendo a reação influenciada pela saúde mental, identidade de gênero e outras experiências clínicas. A aplicabilidade de determinadas intervenções pode depender do apoio de outras pessoas na rede social da pessoa, incluindo possíveis pessoas parceiras.

Declaração 10.12

Sugerimos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas intersexo, com infertilidade congênita, lhes apresentem e às respectivas famílias, desde cedo e de forma gradual, as diversas opções alternativas de parentalidade.

Para pessoas intersexo, a probabilidade de ocorrer infertilidade pode ser reconhecida na infância, na adolescência, bem como na idade adulta, sem ter havido tentativas prévias de conceber. Para muitas pessoas, um diagnóstico de infertilidade acompanha o diagnóstico intersexo (Jones, 2019). Para algumas pessoas, a procriação medicamente assistida heteróloga (por exemplo, doação de oócitos ou de esperma) pode ser uma opção. Existem várias vias para adoção. Algumas podem implicar determinação e um considerável investimento de tempo. As pessoas que não estão interessadas em desenvolver os esforços, descritos anteriormente, para alcançar a fertilidade, ou para quem a fertilidade não é possível, podem

beneficiar de uma exposição precoce às opções disponíveis para adoção e parentalidade alternativa. Apesar do transplante de útero ter tido sucesso preliminar em pessoas com agenesia Mulleriana (Richards et al., [2021](#)), até ao

momento não existe protocolo que evite a exposição do feto em desenvolvimento aos riscos associados aos medicamentos usados para evitar a rejeição do transplante.

CAPÍTULO 11 Pessoas Institucionalizadas

Este capítulo aborda os cuidados de saúde para pessoas transgênero e de gênero diverso (TGD), que vivem em instituições. Por definição, instituições são instalações, ou estabelecimentos, nos quais as pessoas vivem e recebem cuidados, num contexto de congregação, ou de grupo de grandes dimensões, e onde podem ou não ter liberdade de movimento, de consentimento individual ou de ação. As instalações prisionais (centros de correção, centros de detenção de migrantes, prisões, centros de detenção juvenil) e as instalações não prisionais (instalações de cuidados continuados, estabelecimentos de internamento psiquiátrico, domicílios, lares, cuidados paliativos, residências assistidas), são instituições residenciais, onde pode ser disponibilizado acesso a cuidados de saúde, para pessoas transgênero. Grande parte da evidência em que se baseiam os cuidados adequados para pessoas TGD tem origem em ambientes prisionais. No entanto, as recomendações aqui apresentadas aplicam-se a todas as instituições que acolhem pessoas TGD, tanto prisionais como não prisionais (Porter et al., [2016](#)).

Todas as recomendações das Normas de Cuidados de Saúde aplicam-se de igual modo às pessoas que vivem em ambos os tipos de instituições. As pessoas devem ter acesso aos procedimentos, clinicamente necessários, independentemente da sua situação de alojamento, no seio de uma instituição (Brown, [2009](#)). Os cuidados de saúde prestados a pessoas institucionalizadas devem ter em consideração que essas pessoas não tem as mesmas possibilidades de acesso, de modo a poderem garantir cuidados por conta própria, que têm as pessoas não institucionalizadas. Por essa razão, as pessoas institucionalizadas devem ser apoiadas, para poderem receber as Normas de Cuidados de Saúde, definidas pela Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH).

As pessoas TGD, residentes em instalações prisionais, relatam a falta de acesso a cuidados de saúde, clinicamente necessários, específicos para pessoas transgênero (consulte o Capítulo 2— Aplicabilidade Global, Declaração 2.1), e classificam-na como sendo a sua principal preocupação, durante o encarceramento (Brown, [2014](#); Emmer et al., [2011](#)).

Declarações de Recomendação

- 11.1- Recomendamos que profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados de saúde de afirmação de gênero a pessoas que residem em instituições (ou associadas a instituições ou agências) reconheçam que a lista integral de recomendações das SOC 8 se aplica igualmente às pessoas que vivem em instituições.
- 11.2- Sugerimos que as instituições disponibilizem formação sobre diversidade de gênero a todas as pessoas trabalhadoras ou colaboradoras.
- 11.3- Recomendamos que profissionais de medicina, responsáveis pela prescrição e monitorização de hormonas para pessoas TGD, que vivem em instituições e que precisam de terapia hormonal de afirmação de gênero, o façam sem qualquer demora e em conformidade com as SOC 8.
- 11.4- Recomendamos que pessoal e profissionais responsáveis por prestar cuidados de saúde a pessoas TGD residentes em instituições, recomendem e defendam procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, de acordo com as SOC 8, quando solicitados pelas pessoas, sem qualquer demora.
- 11.5- Recomendamos que administração, profissionais de saúde e todas as outras pessoas que trabalham em instituições e que são responsáveis pelos cuidados de pessoas TGD, permitam que quando essas pessoas solicitarem artigos de vestuário e de cuidados pessoais os obtenham de acordo com sua expressão de gênero.
- 11.6- Recomendamos que quem trabalha em instituições se dirija sempre às pessoas TGD pelos nomes e pronomes escolhidos.
- 11.7- Recomendamos que pessoas da administração, profissionais de saúde e outras pessoas responsáveis por tomar decisões sobre o alojamento de residentes TGD tenham em consideração a preferência de alojamento da pessoa, a sua identidade e expressão de gênero e as questões de segurança, em vez de apenas a sua anatomia ou o sexo atribuído à nascença.
- 11.8- Recomendamos que o pessoal das instituições defina políticas de alojamento que garantam a segurança de residentes TGD, sem segregar nem isolar essas pessoas.
- 11.9- Recomendamos que o pessoal institucional permita a residentes TGD a utilização privada de balneários e de casas de banho, quando tal for solicitado.

As desigualdades raciais sistêmicas, inerentes a muitos ambientes prisionais (Sawyer, [2020](#)), as disparidades raciais nos resultados de saúde (Nowotny et al., [2017](#)) e a sobrerrepresentação de pessoas TGD racializadas, em algumas instalações (Reisner et al., 2014), sublinham a necessidade de solucionar os problemas de acesso a cuidados de transição, por parte de quem gere as instalações. Estudos controlados mostram disparidades, clinicamente significativas, na saúde geral e na saúde mental, em pessoas transgênero, com problemas com a justiça, comparativamente a grupos correspondentes de pessoas transgênero, que não se encontram detidas nem presas (Brown e Jones, [2015](#)). Com elevada frequência, as agências, as estruturas e o pessoal que prestam cuidados de saúde não têm conhecimentos, nem formação, nem capacidade, para cuidar de pessoas de gênero diverso (Clark et al., [2017](#)). A discriminação contra residentes TGD, em contexto de cuidados paliativos, incluindo lares, é frequente e as necessidades das pessoas TGD, ou das suas representantes, têm sido ignoradas nesses contextos (Stein et al., 2020). Este é um dos motivos por que pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT) optam por ocultar a sua identidade sexual e/ou de gênero, quando entram num lar de idosos, apesar de, antes da sua admissão na instituição, viverem publicamente enquanto pessoas LGBT (Carroll, 2017; Serafin et al., [2013](#)).

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos. A maioria da

literatura disponível, relacionada com instituições, concentra-se nas pessoas em centros de detenção, em prisões ou noutros ambientes prisionais. A literatura sobre outros tipos de instituições também foi tida em consideração e referenciada quando disponível. Esperamos que estudos futuros possam abordar esta relativa falta de dados sobre instituições não prisionais. As recomendações resumidas no final são generalizáveis para diversos contextos institucionais, que apresentam características comuns, incluindo longos períodos de permanência, perda ou limitação da liberdade de ação e dependência do pessoal das instituições para algumas ou para todas as necessidades básicas de vida.

Declaração 11.1

Recomendamos que profissionais de saúde, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde de afirmação de gênero, a pessoas que residem em instituições (ou associadas a instituições ou agências), reconheçam que a lista integral de recomendações das SOC 8 se aplica igualmente às pessoas que vivem em instituições.

Assim como as outras pessoas que vivem em instituições requerem e merecem cuidados de saúde geral e mental, tanto genéricos como especializados, reconhecemos que há pessoas TGD nessas instituições que, portanto, precisam de cuidados específicos para as questões TGD. Recomendamos a aplicação das Normas de Cuidados de Saúde (SOC) às pessoas que vivem em instituições, como princípios básicos de cuidados de saúde e de ética (Beauchamp & Childress, [2019](#); Pope & Vasquez, [2016](#)). Além disso, há muito tempo que inúmeros tribunais defendem a necessidade de também prestar cuidados de saúde, alicerçados em informação sobre TGD, com base nas SOC da WPATH, a pessoas que vivem em instituições (por exemplo, *Koselik v. Massachusetts*, 2002; *Edmo v. Idaho Department of Corrections*, [2020](#)). As agências

que fornecem pessoal para serviços domiciliares de longo prazo também devem ter conhecimento da aplicabilidade das Normas de Cuidados de Saúde.

Declaração 11.2

Sugerimos que as instituições disponibilizem formação sobre diversidade de género a todas as pessoas trabalhadoras ou colaboradoras.

Dado que os cuidados de saúde TGD afetam uma pequena percentagem da população, implicam formação especializada, tal como descrito nesta Versão 8 das SOC. Embora o nível de formação varie, com base na função que a pessoa desempenha, no contexto institucional, todas as pessoas precisam de formação para se dirigir adequadamente às pessoas residentes, enquanto outras, da área clínica, poderão necessitar de formação e/ou aconselhamento mais intensivos. Essas recomendações sobre formação também se aplicam a agências que fornecem pessoal para cuidados domiciliares de longo prazo. Trocar o género escolhido pelas pessoas residentes institucionalizadas, não permitir vestuário nem a utilização de balneários ou alojamento adequados ao género, bem como não usar os nomes escolhidos, transmite uma falta de respeito pelas pessoas residentes TGD, que podem ser alvo de ofensas repetidas, emocionalmente traumáticas e que causam depressão e ansiedade. A disponibilização de formação sobre diversidade de género, a todas as pessoas colaboradoras, bem como de competências básicas em questões de saúde, relacionadas com pessoas transgénero, podem evitar esses danos (Hafford-Letchfield et al., 2017). Os inquéritos indicam que pessoas que trabalham com pessoas encarceradas, tal como as que trabalham em contextos não prisionais, como sejam os cuidados paliativos, apresentam lacunas significativas de conhecimentos (Stein et al.,

2020; White et al., 2016). Hafford-Letchfield e colegas (2017) demonstraram a existência de benefícios na formação de pessoal de cuidados residenciais de longo prazo, quando essa formação começou com o «reconhecimento da existência de problemas LGBT» e teve lugar em «lares para idosos». Se as pessoas designadas para prestar cuidados de saúde não tiverem a experiência necessária para avaliar e/ou cuidar das pessoas de género diverso a seu cargo, devem procurar aconselhamento externo, junto de profissionais com experiência na prestação de cuidados de saúde de afirmação de género (Brömdal et al., 2019; Sevelius e Jenness, 2017).

Declaração 11.3

Recomendamos que profissionais de medicina, responsáveis pela prescrição e monitorização de hormonas para pessoas TGD, que vivem em instituições e que precisam de terapia hormonal de afirmação de género, o façam sem qualquer demora e em conformidade com as SOC 8.

As pessoas TGD podem dar entrada nas instituições a necessitar de avaliação para cuidados hormonais de afirmação de género, ou essa necessidade pode surgir depois de residirem em contexto institucional, ao fim de diferentes períodos de tempo. Não é raro que o acesso a cuidados hormonais seja negado a pessoas TGD, durante meses ou anos, depois de terem informado quem de direito sobre essas necessidades, nem que não sejam tratadas nem monitorizadas, atrasando a necessária titulação dos medicamentos, por questões de segurança e eficácia (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Isso pode ter como consequência resultados muito negativos para a saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, ideação suicida e riscos associados ao autotratamento cirúrgico (Brown, 2010). Tal como com todos os cuidados de saúde, clinicamente necessários, o acesso a terapias hormonais de afirmação de género deve ser disponibilizado em tempo útil, quando forem

indicadas para pessoas TGD, residentes em contextos institucionais, tanto prisionais como não prisionais. As dosagens de hormonas devem ser devidamente tituladas por profissionais de medicina, com base em resultados laboratoriais e cenários clínicos, de modo a garantir que os resultados se encontram dentro do intervalo de padrões recomendados no campo da endocrinologia. Os exames laboratoriais devem ser realizados com uma frequência suficiente para não atrasar a titulação adequada. As pessoas TGD idosas, que vivem em instalações de cuidados continuados, apresentam necessidades específicas (Boyd, [2019](#); Caroll, [2017](#); Porter, [2016](#)). Quando pessoas idosas solicitam terapias hormonais, apesar de as condições preexistentes terem de ser avaliadas por profissionais de saúde, raramente essas condições constituem uma contraindicação absoluta para a administração de hormonas nesta população (Ettner, [2013](#)). Pessoas institucionalizadas com incongruência de género também podem apresentar perturbações concomitantes da saúde mental (Brown e Jones, [2015](#); Cole et al., 1997). Essas condições devem ser avaliadas e tratadas adequadamente, como parte integrante da avaliação global. As pessoas que recebem hormonas devem ser cuidadosamente monitorizadas, do ponto de vista clínico, para evitar possíveis interações medicamentosas e polifarmácia (Hembree et al., [2017](#)).

As pessoas TGD, que são admitidas numa instituição, com um esquema de terapia hormonal de afirmação de género adequado, devem continuar com a mesma terapia, ou com terapias semelhantes, e monitorizadas de acordo com as SOC, Versão 8. Uma abordagem tipo «imagem parada» é inadequada e perigosa (Kosilek v. Massachusetts, 2002). Uma abordagem do tipo «imagem parada» é a prática ultrapassada de negar hormonas a pessoas

que ainda não iniciaram a terapia hormonal ou de manter pessoas TGD com a mesma dose de hormonas, que estavam a fazer aquando da admissão, durante todo o período de institucionalização, mesmo que aquela fosse uma dose (baixa) de indução. As pessoas TGD, para quem seja considerado adequado reiniciar terapia hormonal de afirmação de género, devem iniciar a terapia, tal como o fariam fora de uma instituição (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown [2009](#)). As consequências da suspensão abrupta de hormonas, ou de não iniciar terapia hormonal, quando clinicamente necessário, incluem uma probabilidade significativa de obter resultados negativos (Brown, [2010](#); Sundstrom e Fields v. Frank, 2011), tais como autotratamento cirúrgico por autocastração, humor depressivo, aumento da disforia de género e/ou ideação suicida (Brown, [2010](#); Maruri, [2011](#)).

Se uma pessoa institucionalizada receber hormonas e/ou for submetida a cirurgias de afirmação de género, as decisões relativas ao alojamento, em instalações com separação por sexo, podem ter de ser reavaliadas, a bem da segurança e do bem-estar da pessoa TGD (Ministry of Justice [UK], [2016](#)).

Declaração 11.4

Recomendamos que pessoal e profissionais responsáveis por prestar cuidados de saúde a pessoas TGD, residentes em instituições, recomendem e defendam procedimentos cirúrgicos de afirmação de género, de acordo com as SOC 8, quando solicitados pelas pessoas, sem qualquer demora.

As pessoas TGD, com disforia de género, devem ter um plano de procedimentos apropriado, para prestação de procedimentos cirúrgicos, clinicamente necessários, que contenham elementos semelhantes aos disponibilizados a pessoas que residem fora das instituições (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010];

Brown [2009](#); Edmo v. Idaho Department of Corrections, [2020](#)). As consequências da denegação, ou da falta de acesso, a cirurgias de afirmação de género, para residentes em instituições, que não possam ter acesso a esses cuidados de saúde fora delas, podem ser graves, incluindo agravamento substancial dos sintomas associados à disforia de género, depressão, ansiedade, ideação suicida e a possibilidade de autotratamento cirúrgico (por exemplo, autocastração ou autopenectomia; Brown, [2010](#); Edmo v. Idaho Department of Corrections, [2020](#); Maruri, [2011](#)). Não é raro que residentes em instituições vejam negado o acesso à avaliação para cirurgia de afirmação de género, nem que lhes seja igualmente negado o próprio procedimento, mesmo sendo clinicamente necessário (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, [2020](#)). A privação de avaliações, clinicamente necessárias, para a prestação de procedimentos cirúrgicos de afirmação de género e a recusa de acesso aos próprios procedimentos e aos necessários cuidados pós-cirúrgicos, são inadequadas e incompatíveis com as presentes Normas de Cuidados de Saúde.

Declaração 11.5

Recomendamos que a administração, profissionais de saúde e todas as outras pessoas que trabalham em instituições, e que são responsáveis pelos cuidados de pessoas TGD, permitam que, quando essas pessoas solicitarem artigos de vestuário e de cuidados pessoais, os obtenham de acordo com sua expressão de género.

A expressão de género refere-se ao facto de as pessoas usarem penteados, produtos de higiene, vestuário, nomes e pronomes, associados à sua identidade de género, na sua cultura e/ou comunidade (American Psychological Association, [2015](#); Hembree et al., [2017](#)). A expressão de género é a

norma entre a maioria das pessoas, no seio de uma cultura ou comunidade. A transição social é o processo através do qual as pessoas TGD começam e continuam a expressar a sua identidade de género, de forma autêntica e socialmente perceptível. Frequentemente, a transição social envolve comportamentos e formas de se apresentar em público diferentes do que é habitualmente expectável para pessoas a quem foi atribuído um determinado marcador de género legal à nascença. Um marcador de género é o rótulo legal para o sexo de uma pessoa, que é normalmente atribuído ou designado à nascença, nos documentos oficiais (American Psychological Association, [2015](#)). O registo mais frequente é feito como sendo do sexo masculino ou do sexo feminino, mas também já há situações de registo como intersexo ou marcador «X», em alguns países e jurisdições. As pessoas TGD precisam dos mesmos direitos à expressão de género que são concedidos às pessoas cisgénero, independentemente de viverem dentro ou fora de instituições. A aceitação da transição social, por parte de pessoas colaboradoras, também define um critério de respeito e de afirmação, que pode potenciar o respeito e a afirmação, por parte das outras pessoas, que residem na instituição, aumentando, dessa forma, a segurança e reduzindo alguns aspetos da incongruência de género.

Os estudos indicam que a transição social e a expressão de género correspondente têm um efeito benéfico significativo sobre a saúde mental das pessoas TGD (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, [2004](#); Glynn et al., [2016](#); Russell et al., [2018](#)). Para permitir a expressão da identidade de género das pessoas TGD, estas recomendações incluem a permissão para usar vestuário e penteados, compatíveis com o género, para obter e usar produtos de higiene e beleza, adequados ao género, para serem tratadas por um nome escolhido ou pelo apelido legal (mesmo que ainda não lhes tenha sido

possível alterar o nome legalmente atribuído) e para serem tratadas por um pronome compatível com a sua identidade. Estes elementos de expressão de género e de transição social, considerados individualmente ou em conjunto, de acordo com as necessidades de cada pessoa, reduzem a disforia ou incongruência de género, a depressão, a ansiedade, a ideação e os comportamentos de automutilação, a ideação suicida e as tentativas de suicídio (Russell et al., [2018](#)). Além disso, esses elementos coerentes de expressão de género aumentam o bem-estar e as capacidades funcionais (Glynn et al., [2016](#)).

Declaração 11.6

Recomendamos que quem trabalha em instituições se dirija sempre às pessoas TGD pelos nomes e pronomes escolhidos.

Dado que uma percentagem cada vez maior de pessoas, que se identifica abertamente como sendo de género diverso, há necessidade de desenvolver e implementar práticas e políticas que respondam às necessidades dessas pessoas, independentemente do local onde vivem (McCauley et al., [2017](#)). Por exemplo, as instituições devem utilizar sistemas de registos clínicos e administrativos, para as pessoas residentes, que documentem marcadores de género, consistentes com a identidade de género e não apenas com o sexo atribuído à nascença. Durante a elaboração destas recomendações, foram reconhecidos os desafios que o aumento da abrangência dos conceitos de género pode colocar a algumas normas das instituições onde vivem pessoas TGD. No entanto, todas as instituições têm a responsabilidade de garantir a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que nelas vivem (Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, [2015](#); Edmo v. Idaho Department of Corrections, [2020](#); Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015).

Sevelius e colegas (2020) demonstraram que o uso correto dos pronomes constitui uma afirmação de género, para mulheres transgénero, e correlaciona-se positivamente com resultados de saúde mental e de saúde relacionada com o VIH. Se uma pessoa residente numa instituição tiver mudado legalmente de nome, os registos institucionais devem ser alterados para refletir essas mudanças.

Declaração 11.7

Recomendamos que a administração, profissionais de saúde e outras pessoas, responsáveis por tomar decisões sobre o alojamento de residentes TGD, tenham em consideração a preferência de alojamento da pessoa, a sua identidade e expressão de género e as questões de segurança, em vez de apenas a sua anatomia ou o sexo atribuído à nascença.

A separação de pessoas com base no sexo atribuído à nascença, uma política implementada, quase universalmente, em contextos de institucionalização (Brown e McDuffie, [2009](#); Routh et al., 2017), pode criar um ambiente intrinsecamente perigoso (Ledesma & Ford, [2020](#)). As pessoas de género diverso são extremamente vulneráveis a estigmatização, vitimização, negligência, violência e abuso sexual (Banbury, [2004](#); Beck, [2014](#); Jenness and Fenstermaker, [2016](#); Malkin & DeJong, [2018](#); Oparah, [2012](#); Stein et al., 2020). Esta rigidez sistémica, da separação por sexo, é, frequentemente, responsável pela falta de segurança das pessoas TGD e pode impedir o acesso a cuidados de saúde de afirmação de género (Stohr, [2015](#)). Como consequência, as instituições devem seguir procedimentos que avaliem sistematicamente as necessidades e as preferências de alojamento de pessoas TGD detidas (por exemplo, Federal Bureau of Prisons, [2016](#)). Da mesma forma, a Lei para a Eliminação da Violação nas Prisões menciona especificamente as pessoas TGD, enquanto população vulnerável, e indica que as prisões

dos EUA, a nível federal, devem ter em consideração as preferências de alojamento dessas pessoas, durante a detenção (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Declaração 11.8

Recomendamos que quem trabalha em instituições defina políticas de alojamento que garantam a segurança de residentes TGD, sem segregar nem isolar essas pessoas.

A atribuição do local de alojamento, para uma pessoa TGD residente, exclusivamente com base na sua anatomia genital, ou no sexo atribuído à nascença, é falaciosa e coloca as pessoas em risco de danos físicos e/ou psicológicos (Scott, [2013](#); Simopoulos & Khin, [2014](#); Yona & Katri, [2020](#)). Está devidamente demonstrado que, em contextos prisionais, as pessoas transgénero apresentam uma probabilidade muito superior à de outras pessoas detidas de serem vítimas de assédio sexual, de agressão, ou de ambos (James et al., [2016](#); Jenness & Fenstermaker, [2016](#); Malkin & DeJong, 2019). Embora as decisões sobre o local de alojamento tenham de ter em consideração as questões de segurança, a tomada de decisão partilhada, que inclua contributos da pessoa TGD, deve ser feita caso-a-caso (Federal Bureau of Prisons, [2016](#); Jenness e Smyth, [2011](#)). Algumas mulheres transgénero preferem residir em instalações masculinas, enquanto outras se sentem mais seguras em instalações femininas. Dado que a gama de identidades e expressões de género e de fases de transição é tão heterogénea entre pessoas de género diverso, garantir a segurança das pessoas residentes implica processos de tomada de decisão flexíveis (Yona & Katri, [2020](#)). Um dos receios mencionados por pessoas LGBT mais velhas, que viveram em estruturas de cuidados continuados, são os maus-tratos por parte de colegas de quarto (Jablonski et al., [2013](#)). Consequentemente, o alojamento em casas de saúde e em

residências assistidas deve ter em consideração a atribuição de quartos a pessoas idosas, com base no género com que se autoidentificam, independentemente do sexo ou género atribuído à nascença ou do historial cirúrgico, e deve ser feito em colaboração com a pessoa TGD.

A detenção em regime de isolamento, por vezes referida como segregação administrativa, em instalações prisionais, refere-se ao isolamento físico de pessoas, que ficam confinadas em celas individuais (*solitárias*), cerca de vinte e três horas por dia. Em algumas instalações prisionais, o isolamento é utilizado como medida disciplinar, bem como forma de proteger pessoas detidas que sejam consideradas como constituindo um risco para si próprias ou para outras ou que estejam em risco de ser alvo de agressão sexual por parte de outras pessoas presas. No entanto, o isolamento de pessoas detidas por questões de segurança, quando necessário, deve ser breve, já que o isolamento pode causar graves danos psicológicos e severas perturbações funcionais (Ahalt et al., [2017](#); Scharff Smith, [2006](#)). Tanto as organizações nacionais de normas prisionais, como as Nações Unidas, consideram como tortura o isolamento superior a 15 dias (NCCHC, [2016](#); United Nations, [2015](#)).

Declaração 11.9

Recomendamos que o pessoal institucional permita a residentes transgénero e de género diverso a utilização privada de balneários e de casas de banho, quando tal for solicitado.

A necessidade e a relevância da privacidade são universais, independentemente da identidade de género. Pessoas TGD relatam evitar instalações sanitárias públicas, reduzindo a quantidade do que comem e bebem, para não terem que usar uma instalação pública, o que, frequentemente, leva a infeções do trato urinário e a problemas renais (James et al., [2016](#)). As pessoas TGD institucionalizadas são frequentemente

privadas da sua privacidade, na utilização de casas de banho e balneários, o que pode ter como consequência danos psicológicos e/ou violência física e sexual (Bartels e Lynch, [2017](#); Brown, [2014](#); Cook-Daniels, [2016](#); Mann, [2006](#)). Da mesma forma, em ambientes prisionais, as revistas pessoais de prevenção e segurança, as revistas pessoais de prevenção e segurança sem roupa e as perícias em cavidades corporais, devem ser realizadas por pessoal do mesmo sexo, sabendo-se que tal pode não ser possível em caso de emergência extrema. Deve ser evitada a visualização accidental das revistas por outras pessoas funcionárias (Bureau of Justice Assistance, 2017). A utilização privada de balneários e casas de banho para pessoas transgénero detidas é, igualmente, exigida por alguma legislação, incluindo, por exemplo, a Lei Federal para Eliminação da Violação nas Prisões dos Estados Unidos.

O número de pessoas TGD idosas que precisam de ser institucionalizadas, para receber cuidados está a aumentar (Carroll, [2017](#); Witten & Eyler, [2016](#)).

As instalações de cuidados continuados e outras estruturas que prestam cuidados a pessoas idosas têm de ter em consideração as necessidades das pessoas residentes não cisgénero (Ettner, [2016](#); Ettner & Wiley, 2016). Inquéritos a profissionais de saúde, que trabalham com pessoas idosas, em contexto de lares e de estruturas de cuidados paliativos e de cuidados continuados, relatam que, frequentemente, as necessidades das pessoas que se identificam como TGD não são satisfeitas, que essas pessoas são discriminadas no acesso a cuidados de saúde ou que são física e/ou emocionalmente abusadas (Stein et al., 2020). Um inquérito realizado na Austrália, sobre prestação de cuidados de saúde a pessoas reformadas e no domicílio, indicou haver pouca experiência ou compreensão dos problemas com que essa população se defronta. De facto, muitas pessoas TGD idosas residentes admitiram ocultar a sua identidade de género, cedendo ao receio de serem tratadas de forma insensível ou de serem ostensivamente discriminadas (Cartwright et al., [2012](#); Cook-Daniels, [2016](#); Grant et al., 2012; Horner et al., [2012](#); Orel & Fruhauf, [2015](#)).

CAPÍTULO 12 Terapia Hormonal

As pessoas transgénero e de género diverso (TGD) podem precisar de terapia hormonal de afirmação de género (THAG), clinicamente necessária, para obter as alterações compatíveis com os seus objetivos de estrutura corporal, de identidade de género, ou de ambas (ver declaração clinicamente necessária no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1).

Este capítulo descreve as recomendações sobre terapia hormonal, para pessoas adultas e adolescentes TGD. Consulte por favor o Capítulo 5 – Avaliação de Pessoas Adultas e o Capítulo 6 – Adolescentes, quanto aos critérios de avaliação, relacionados com o início da terapia hormonal, para pessoas adultas e adolescentes, respetivamente. Pode encontrar um resumo das recomendações e dos critérios de avaliação no [Anexo D](#).

Desde as primeiras Normas de Cuidados de Saúde (SOC), da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH), publicadas em 1979, e nas atualizações subsequentes das SOC, incluindo a Versão 7, que a THAG foi aceite como clinicamente necessária (Coleman et al., [2012](#)). A WPATH apoiou as diretrizes da Sociedade de Endocrinologia quanto à THAG, para pessoas TGD, em 2009 e em 2017 (Hembree et al., [2009](#); Hembree et al., [2017](#)). A Sociedade Europeia de Medicina Sexual (ESSM) também publicou uma declaração de posição sobre a gestão hormonal, em pessoas adolescentes e adultas TGD (T'Sjoen et al., [2020](#)). Quando disponibilizada, sob supervisão médica, a pessoas adultas, a THAG é segura (Tangpricha & den Heijer, [2017](#); Safer & Tangpricha, [2019](#)). No entanto, existem alguns riscos potenciais a longo prazo, sendo necessários uma monitorização e um rastreio cuidadosos, para reduzir os efeitos adversos (Hembree et al., [2017](#); Rosenthal,

[2021](#)).

De um modo geral, o objetivo é atingir os níveis séricos de esteroides sexuais, correspondentes aos níveis associados à identidade de género da pessoa, apesar de ainda não terem sido determinados quais os intervalos de referência ideais (Hembree et al., [2017](#)). Os níveis séricos de testosterona e/ou de estradiol podem ser usados por profissionais de saúde, para monitorizar a maioria dos procedimentos com esteroides sexuais. Contudo, a utilização de estrogénios conjugados, ou de estrogénios sintéticos, não pode ser monitorizada. A hipótese de que o rácio estrona/ estradiol deveria ser monitorizado não foi confirmada por um estudo de coorte recente, dado não existir qualquer relação entre a concentração de estrona e as alterações na gordura corporal, ou no desenvolvimento mamário, observadas numa coorte europeia de 212 mulheres transgénero adultas, durante um acompanhamento de 1 ano da terapia hormonal (Tebbens et al., 2021). Este estudo demonstrou que concentrações mais elevadas de estrona, ou rácios superiores de estrona/estradiol, não estão associados a efeitos antagónicos sobre a feminização (percentagem de gordura e desenvolvimento mamário) (Tebbens et al., 2021). Consequentemente, a monitorização do rácio estrona - estradiol não é suportada pelas atuais evidências publicadas. Os estrogénios conjugados, anteriormente utilizados, foram abandonados a favor de estrogénios bioidênticos. Apesar de vários estudos terem demonstrado um risco significativamente maior para complicações tromboembólicas e cardiovasculares, com a utilização de estrogénios conjugados orais, comparativamente com estradiol oral, em mulheres pós-menopáusicas, não foi realizado nenhum ensaio aleatorizado, controlado, nem em mulheres pós-menopáusicas, nem em pessoas transgénero, submetidas a terapia com estrogénios (Smith et al., [2014](#)).

Declarações de Recomendação

- 12.1- Recomendamos que profissionais de saúde iniciem a supressão hormonal da puberdade, em adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, após o aparecimento das primeiras alterações físicas da puberdade (estádio 2 de Tanner).
- 12.2- Recomendamos que profissionais de saúde usem agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH), para suprimir hormonas sexuais endógenas, em pessoas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, para quem o bloqueio da puberdade esteja indicado.
- 12.3- Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam progestagénios (via oral ou depósito (depot) injetável), para suspensão pubertária em jovens transgênero e de gênero diverso elegíveis*, quando os agonistas da GnRH não estiverem disponíveis ou tiverem custos exorbitantes.
- 12.4- Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam agonistas da GnRH, para supressão de esteroides sexuais, sem reposição concomitante de hormonas esteroides sexuais, em adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, que pretendam essa intervenção e que já se encontrem numa fase avançada da puberdade, ou que já tenham concluído o desenvolvimento pubertário (ultrapassado o estágio 3 de Tanner), mas que não tenham a certeza ou não pretendam iniciar a terapia hormonal com esteroides sexuais.
- 12.5- Recomendamos que profissionais de saúde prescrevam esquemas de terapia com hormonas sexuais, como parte do procedimento de afirmação de gênero, para adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, que se encontrem pelo menos no estágio 2 de Tanner, com a participação de responsáveis parentais, a menos que se considere que essa participação seja prejudicial ou desnecessária para a pessoa adolescente.
- 12.6- Recomendamos que profissionais de saúde meçam os níveis hormonais, durante o procedimento de afirmação de gênero, para garantir que os esteroides sexuais endógenos são reduzidos e que os esteroides sexuais administrados são mantidos em níveis adequados para os objetivos do procedimento de pessoas transgênero e de gênero diverso, de acordo com o estágio de Tanner.
- 12.7- Recomendamos que profissionais de saúde prescrevam progestagénios, ou um agonista da GnRH, para adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, com útero, para reduzir a disforia causada pelo ciclo menstrual, quando a utilização de testosterona para afirmação de gênero, ainda não for indicada.
- 12.8- Recomendamos que quem presta cuidados de saúde integre profissionais de diversas especialidades, que sejam especialistas em saúde transgênero e na gestão dos cuidados de saúde necessários para adolescentes transgênero e de gênero diverso.
- 12.9- Recomendamos que profissionais de saúde implementem avaliações clínicas periódicas, para verificação de alterações físicas e de potenciais reações adversas às hormonas esteroides sexuais, incluindo monitorização laboratorial de hormonas esteroides sexuais, de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano de terapia hormonal, ou quando há alterações posológicas, até ser alcançada a posologia estável para adultos, seguida por exames clínicos e laboratoriais, uma ou duas vezes por ano, sempre que seja alcançada uma dose de manutenção para adultos.
- 12.10- Recomendamos que profissionais de saúde informem e aconselhem todas as pessoas que procuram procedimentos médicos de afirmação de gênero, sobre as opções disponíveis para preservação da fertilidade, antes de iniciar a supressão da puberdade e antes da terapia hormonal.
- 12.11- Recomendamos que profissionais de saúde avaliem e abordem as condições clínicas, que possam ser exacerbadas pela redução das concentrações de hormonas sexuais endógenas e pelos procedimentos com hormonas sexuais exógenas, antes de iniciar procedimentos com pessoas transgênero e de gênero diverso.
- 12.12- Recomendamos que profissionais de saúde informem as pessoas transgênero e de gênero diverso, submetidas a procedimentos de afirmação de gênero, sobre o aparecimento e o decurso temporal das alterações físicas, induzidas pelo procedimento com hormonas sexuais.
- 12.13- Recomendamos que profissionais de saúde não prescrevam etinilestradiol, para pessoas transgênero e de gênero diverso, como parte de uma terapia hormonal de afirmação de gênero.
- 12.14- Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam estrogénio transdérmico, para pessoas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, com maior risco de desenvolver tromboembolismo venoso, com base na idade > 45 anos, ou com antecedentes de tromboembolismo venoso, quando for recomendada terapia com estrogénios para afirmação de gênero.
- 12.15- Sugerimos que profissionais de saúde não prescrevam estrogénios conjugados, para pessoas transgênero e de gênero diverso, quando estiver disponível estradiol, como componente da terapia hormonal de afirmação de gênero.
- 12.16- Recomendamos que profissionais de saúde prescrevam medicamentos para reduzir a concentração de testosterona (seja acetato de ciproterona, espironolactona ou agonistas da GnRH), a pessoas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, com testículos, que estejam a tomar estrogénios, como parte de um esquema de terapia hormonal, se o objetivo da pessoa for aproximar as concentrações circulantes de hormonas sexuais das verificadas em mulheres cisgênero.
- 12.17- Recomendamos que profissionais de saúde monitorizem o hematócrito (ou a hemoglobina), em pessoas transgênero e de gênero diverso, a fazerem terapia com testosterona.
- 12.18 - Sugerimos que profissionais de saúde colaborem com pessoas cirurgiãs, relativamente à utilização de hormonas, antes e depois das cirurgias de afirmação de gênero.
- 12.19- Sugerimos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgênero e de gênero diverso, sobre as várias opções disponíveis de cirurgia de afirmação de gênero, a menos que a cirurgia não seja indicada ou esteja clinicamente contraindicada.
- 12.20- Recomendamos que profissionais de saúde iniciem e mantenham a terapia hormonal de afirmação de gênero, para pessoas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, que necessitam desse procedimento, devido a melhorias comprovadas no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida.
- 12.21- Recomendamos que profissionais de saúde mantenham a terapia hormonal existente, caso a saúde mental da pessoa transgênero e de gênero diverso se deteriore, e avaliem o motivo para a deterioração, a menos que tal seja contraindicado.

* Para critérios de elegibilidade para adolescentes e pessoas adultas, consulte o Capítulo 5-Avaliação de Pessoas Adultas e o Capítulo 6-Adolescentes e o Anexo D

A abordagem à THAG difere e depende da fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, do momento de início da terapia hormonal, bem como dos seus objetivos para o procedimento. A terapia hormonal não é recomendada para crianças que não ainda não tenham iniciado a puberdade endógena. Em jovens elegíveis (de acordo com o Capítulo 6 - Adolescentes), que atingiram as fases iniciais da puberdade, o principal objetivo é, habitualmente, retardar a progressão da puberdade, com agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRHAs), até ao momento considerado adequado para que a THAG possa ser implementada. Nestes casos, a supressão da puberdade é considerada como clinicamente necessária. As pessoas adultas elegíveis podem iniciar a THAG se cumprirem os critérios indicados no Capítulo 5 – Avaliação de Pessoas Adultas. Além disso, quem presta cuidados de saúde deve analisar os objetivos de fertilidade e os procedimentos de preservação da fertilidade, antes de iniciar a THAG. Ver Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

Habitualmente, quando o objetivo é obter uma estrutura corporal feminina, a THAG consiste em estrogénios e num medicamento para reduzir a concentração de androgénios (Hembree et al., 2017). Embora existam relatos empíricos do uso de progesterona, para desenvolvimento mamário e controlo do humor, atualmente não há evidência suficiente de que os potenciais benefícios da administração de progesterona superem os potenciais riscos (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). Habitualmente, a THAG para masculinização consiste em testosterona. Tanto a WPATH, como a Sociedade de Endocrinologia, recomendam a monitorização dos níveis de hormonas sexuais. Embora a THAG seja personalizada, para dar resposta às necessidades individuais de cada pessoa TGD, normalmente os níveis hormonais são

mantidos numa concentração que seja suficiente para promover uma boa saúde óssea e que não seja suprafisiológica (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

Na maioria dos casos, a THAG é mantida ao longo de toda a vida. Não se sabe se as doses da THAG devem ser reduzidas em pessoas TGD mais velhas. A descontinuação da terapia hormonal em pessoas TGD apresenta uma probabilidade de causar perda óssea, que se torna numa certeza no caso de pessoas cujas gónadas foram removidas (Wiepjes et al., 2020). Também devem ser realizados cuidados primários de rotina (consulte o Capítulo 15 - Cuidados Primários). Estudos epidemiológicos relataram um aumento da incidência de doença cardiovascular e de tromboembolismo venoso (TEV) em pessoas TGD, a fazerem estrogénios e, de forma mais acentuada, em pessoas mais velhas e com diferentes preparações de THAG (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). As pessoas TGD, tratadas com testosterona, também podem apresentar um aumento do risco para eventos cardiovasculares adversos, tais como aumento do enfarte do miocárdio, da pressão arterial, diminuição do colesterol HDL e excesso de peso (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). Profissionais de saúde devem falar sobre o estilo de vida e a terapêutica farmacológica com as pessoas que apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares (consulte o Capítulo 15 - Cuidados Primários). A policitemia é outra perturbação que pode surgir em pessoas TGD que tomam testosterona (Antun et al., 2020). Consequentemente, é importante monitorizar continuamente o desenvolvimento de condições que possam ser exacerbadas pela THAG, ao longo da vida (Hembree et al., 2017).

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva das evidências, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas

preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que as evidências são reduzidas e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Terapia Hormonal de Afirmação de Género na Juventude

As secções seguintes irão abordar a terapia hormonal em jovens TGD. De um modo geral, dependendo da fase de desenvolvimento da pessoa jovem, a terapia hormonal é composta por duas fases, designadamente, supressão da puberdade, seguida pela introdução da THAG. Durante a primeira fase, o desenvolvimento pubertário é interrompido, para permitir que as pessoas jovens explorem a sua identidade de género e os seus objetivos, quanto a estrutura corporal, para se prepararem para a fase seguinte, que pode incluir THAG. Esta secção irá analisar as recomendações para a utilização de agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRHAs), bem como abordagens alternativas à supressão da puberdade e será seguida por recomendações sobre a THAG. As secções aplicáveis a pessoas jovens e adultas serão tratadas na secção seguinte.

Declaração 12.1

Recomendamos que profissionais de saúde iniciem a supressão hormonal da puberdade, em adolescentes transgénero e de género diverso elegíveis*, após o aparecimento das primeiras alterações físicas da puberdade (estádio 2 de Tanner).

De um modo geral, o objetivo da administração de GnRHa em adolescentes TGD é evitar o desenvolvimento adicional dos caracteres sexuais secundários endógenos, correspondentes ao sexo atribuído à nascença. Dado que este procedimento é totalmente reversível, é considerado como um prolongamento

temporal, que permite que as pessoas adolescentes explorem a sua identidade de género, através de uma transição social antecipada (Ashley, [2019e](#)). O procedimento com GnRHAs também tem benefícios terapêuticos, visto que, frequentemente, proporciona uma redução significativa do nível de desconforto, devido às alterações físicas que ocorrem, quando a puberdade endógena se inicia (Rosenthal, [2014](#); Turban, King et al., [2020](#)).

Para as crianças TGD pré-púberes, que tenham vivido de forma persistente com a sua identidade de género, qualquer nível de desenvolvimento permanente de caracteres sexuais secundários pode provocar um sofrimento significativo. Embora se possa considerar a utilização de um GnRHa, para evitar o início da puberdade nessas pessoas, que permanecem no Estádio 1 de Tanner, essa utilização de GnRHa não foi recomendada (Hembree et al., [2017](#)). Quando uma criança atinge a idade em que, habitualmente, teria início o desenvolvimento pubertário (normalmente entre os 7 - 8 e os 13 anos, para as que têm ovários, e entre 9 e os 14 anos, para as que têm testículos), seria apropriado realizar um rastreio da criança com maior frequência, talvez de 4 em 4 meses, para detetar sinais de desenvolvimento pubertário (botões mamários ou volume testicular > 4 cc). Tendo em consideração o ritmo típico do desenvolvimento pubertário (3,5 - 4 anos até à conclusão), seria muito improvável que ocorressem mudanças pubertárias permanentes no caso de alguém se encontrar na puberdade há 4 meses ou menos. Consequentemente, com acompanhamento frequente, o início da puberdade pode ser facilmente detetado, antes que ocorram alterações físicas irreversíveis, e o GnRHa pode ser iniciado nesse momento, com grande eficácia. É importante notar que, habitualmente, após o início de um GnRHa, verifica-se a regressão de um estágio de Tanner. Desse modo, se existir apenas

desenvolvimento mamário de estágio 2 de Tanner, habitualmente regride totalmente para o estágio 1 de Tanner pré-púbere; o mesmo também se verifica, de um modo geral, para testículos de estágio 2 de Tanner (muitas vezes nem sequer discernível para a própria pessoa e sem associação ao desenvolvimento de caracteres sexuais secundários).

Dado que os GnRHs atuam através da dessensibilização dos recetores da GnRH, se não houver acréscimo na estimulação endógena da GnRH da hipófise (o primeiro sinal bioquímico da puberdade), não há necessidade de dessensibilização dos recetores da GnRH. Além disso, devido à grande variabilidade do momento de início da puberdade (tal como indicado acima), é difícil justificar a utilização de um GnRH, que pode ter algum risco desconhecido, antes do início da puberdade, se não existir nenhum benefício fisiológico. Usar um GnRH numa criança no estágio 1 de Tanner apenas seria indicado no caso de atrasos constitucionais no crescimento e na puberdade, provavelmente em simultâneo com o início da THAG.

No entanto, a utilização de um GnRH pode ser considerada numa criança que, devido a um atraso constitucional no crescimento e na puberdade, inicie a THAG enquanto ainda se encontra no estágio 1 de Tanner. O começo da THAG pode, inicialmente, ativar o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, mas pode, igualmente, mascarar os efeitos dessa ativação no corpo. Para evitar alterações corporais, com potencial para exacerbar a incongruência de género de uma pessoa, o GnRH pode ser iniciado, enquanto terapia adjuvante à THAG, pouco tempo após o início da THAG, para proporcionar um desenvolvimento pubertário correspondente ao fenótipo com que a pessoa se identifica.

Além disso, a supressão do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários é mais eficaz quando a terapia com hormonas

sexuais é iniciada no período entre o início e a fase intermédia da puberdade, comparativamente com o início da terapia com hormonas sexuais após a conclusão da puberdade (Bangalore-Krishna et al., [2019](#)). Da mesma forma, para adolescentes que já concluíram a puberdade endógena e que estão a ponderar iniciar a THAG, os GnRHs podem ser usados para inibir funções físicas, como menstruação ou ereções, e pode servir como período transitório até que a pessoa adolescente, as pessoas responsáveis (caso a pessoa adolescente não possa dar o seu consentimento de forma independente) e a equipa que presta cuidados cheguem a uma decisão (Bangalore-Krishna et al., [2019](#); Rosenthal, [2021](#)).

O início da puberdade ocorre através da reativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. A avaliação clínica dos estádios da puberdade é baseada em características físicas que refletem essa reativação. Em pessoas com ovários funcionais, o estágio 2 de Tanner é caracterizado pelo surgimento de botões mamários. O desenvolvimento da glândula mamária ocorre devido à exposição ao estrogénio produzido pelos ovários. Em pessoas com testículos funcionais, o estágio 2 de Tanner é caracterizado por um aumento do volume testicular (habitualmente superior a 4 ml). O crescimento dos testículos é mediado pelas gonadotrofinas hormona luteinizante (LH) e hormona foliculoestimulante (FSH). Nos estádios posteriores, os testículos produzem suficiente testosterona para induzir a masculinização do corpo.

Declaração 12.2

Recomendamos que profissionais de saúde usem agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH), para suprimir hormonas sexuais endógenas, em pessoas transgénero e de género diverso elegíveis*, para quem o bloqueio da puberdade esteja indicado. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.4.

Declaração 12.3

Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam progestagénios (via oral ou depósito (*depot*) injetável), para suspensão pubertária em jovens transgénero e de género diverso elegíveis*, quando os agonistas da GnRH não estiverem disponíveis ou tiverem custos proibitivos. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.4.

Declaração 12.4.

Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam agonistas da GnRH, para supressão de esteroides sexuais, sem reposição concomitante de hormonas esteroides sexuais, em adolescentes transgénero e de género diverso elegíveis, que pretendam essa intervenção e que já se encontrem numa fase avançada da puberdade, ou que já tenham concluído o desenvolvimento pubertário (ultrapassado o estágio 3 de Tanner), mas que não tenham certeza sobre iniciar a terapia hormonal com esteroides sexuais, ou que a não pretendam.

Os GnRHAs reduzem as concentrações de gonadotrofinas e de esteroides sexuais em adolescentes TGD e, conseqüentemente, interrompem o desenvolvimento adicional de caracteres sexuais secundários (Schagen et al., [2016](#)). A sua utilização é geralmente segura, sendo o aparecimento de hipertensão o único efeito adverso de curto prazo, relatado na literatura (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, [2006](#); Klink, Bokenkamp et al., [2015](#)). Os GnRHAs impedem que a hipófise segregue LH e FSH (Gava et al., [2020](#)). Quando as gonadotrofinas diminuem, as gónadas deixam de ser estimuladas para produzir hormonas sexuais (estrogénios ou androgénios) e os níveis de hormonas sexuais no sangue diminuem para níveis pré-púberes. A terapia com GnRHa leva à regressão parcial das fases iniciais dos caracteres sexuais secundários já desenvolvidos (Bangalore et al., [2019](#)).

Adolescentes TGD, com ovários funcionais, irão sentir uma diminuição do crescimento do tecido mamário e, se a terapia for iniciada no estágio 2 de Tanner, o tecido mamário pode desaparecer completamente (Shumer et al., [2016](#)). A menarca pode ser evitada, ou interrompida, após a administração de GnRHAs, em adolescentes com útero. Em adolescentes TGD, com testículos funcionais, o volume testicular irá regredir para um volume inferior.

Quando a terapia com GnRHa é iniciada em adolescentes, nas fases posteriores do desenvolvimento pubertário, algumas mudanças físicas características deste, tais como o desenvolvimento mamário de fase final, em adolescentes TGD com ovários funcionais, e uma voz mais grave e crescimento de pelos faciais, em adolescentes TGD com testículos funcionais, não regredirão completamente, embora toda a progressão adicional seja interrompida (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, [2006](#)). Os GnRHAs têm sido usados, desde 1981, para o tratamento da puberdade precoce central (Comite et al., [1981](#); Laron et al., [1981](#)) e os respetivos benefícios estão bem estabelecidos (veja também as declarações no Capítulo 6 - Adolescentes). A utilização de GnRHAs em pessoas com puberdade precoce central é considerada segura e eficaz, sem efeitos adversos de longo prazo conhecidos (Carel et al., [2009](#)). No entanto, a utilização de GnRHAs em adolescentes TGD é considerada como indicação *off-label*, ou seja, não indicada no Resumo das Características do Medicamento (RCM) por não terem sido inicialmente desenvolvidos para esta finalidade. No entanto, dados de adolescentes, a quem foram prescritos GnRHAs, numa dose e esquema semelhantes, demonstram eficácia em retardar o início da puberdade, embora os efeitos a longo prazo sobre a massa óssea ainda não se encontrem bem determinados (Klink, Caris et al., [2015](#)). Apesar de os dados de longo prazo serem

mais reduzidos em adolescentes TGD, do que em adolescentes com puberdade precoce, a recolha de dados especificamente nesta população está em curso (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Reconhecemos que, embora os GnRHAs constituam um procedimento clinicamente necessário, podem não estar disponíveis para adolescentes elegíveis, dado não se encontrarem cobertos pelos planos de seguros de saúde em alguns países, ou poderem ter preços proibitivos. Consequentemente, nestes casos, devem ser ponderadas outras abordagens, tais como formulações orais ou injetáveis de progestagénios. Além disso, para adolescentes com mais de 14 anos de idade, não existem, atualmente, dados que informem profissionais de saúde sobre se os GnRHAs podem ser administrados como monoterapia (e durante quanto tempo), sem representarem um risco significativo para a saúde óssea. Isto devido ao facto de o esqueleto não chegar a ter nenhuma exposição a níveis adequados de hormonas esteroides sexuais (Rosenthal, 2021).

Um estado prolongado de hipogonadismo na adolescência, seja devido a doenças, como hipogonadismo hipergonadotrófico, a causas iatrogénicas, como monoterapia com GnRHa, ou a condições fisiológicas, como atraso condicional do crescimento e do desenvolvimento, está, frequentemente, associado a um aumento do risco para má saúde óssea, em fases posteriores da vida (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Contudo, o acréscimo de massa óssea é um processo multifatorial, que envolve uma interação complexa entre fatores endócrinos, genéticos e estilos de vida (Anai et al., 2001). Quando se toma uma decisão sobre a monoterapia com GnRHa, devem ser considerados todos os fatores que possam ter alguma influência, incluindo fatores como a

massa óssea pré-tratamento, a idade óssea e o estágio pubertal, de um ponto de vista endócrino, e o aumento da altura, bem como fatores psicossociais, como maturidade mental e fase de desenvolvimento, relativamente à coorte da pessoa adolescente e aos objetivos individuais desta quanto ao procedimento (Rosenthal, 2021). Por estes motivos, deve ser mantida uma equipa multidisciplinar, bem como uma relação clínica contínua, com a pessoa adolescente e a família, quando se inicia a terapia com GnRHa (ver Declarações 6.8, 6.9 e 6.12 no Capítulo 6 - Adolescentes). A evolução clínica do procedimento, por exemplo, o desenvolvimento de massa óssea durante a terapia com GnRHa e a resposta da pessoa adolescente à terapia, podem ajudar a determinar a duração da monoterapia com GnRHa.

Declaração 12.5

Recomendamos que os profissionais de saúde prescrevam esquemas de terapia com hormonas sexuais, como parte do procedimento de afirmação de género, para adolescentes transgénero e de género diverso elegíveis*, que se encontrem pelo menos no estágio 2 de Tanner, com a participação de responsáveis parentais, a menos que se considere que essa participação seja prejudicial ou desnecessária para a pessoa adolescente. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.6.

Declaração 12.6

Recomendamos que profissionais de saúde meçam os níveis hormonais, durante o procedimento de afirmação de género, para garantir que os esteroides sexuais endógenos são reduzidos e que os esteroides sexuais administrados são mantidos em níveis adequados para os objetivos do procedimento de pessoas transgénero e de género diverso, de acordo com o estágio de Tanner.

Geralmente, a terapia hormonal com esteroides sexuais inclui dois esquemas terapêuticos, dependendo do momento do procedimento com GnRHa. Quando o procedimento com GnRHa é iniciado nas fases iniciais do desenvolvimento pubertário endógeno, a puberdade, correspondente à identidade de género, ou aos objetivos de estrutura corporal, é induzida com doses de hormonas esteroides sexuais semelhantes às usadas em adolescentes pré-púberes com hipogonadismo. Neste contexto, as doses de hormonas esteroides sexuais, para pessoas adultas, são, habitualmente, alcançadas ao longo de um período de cerca de 2 anos (Chantrapanichkul et al., 2021). Quando o procedimento com GnRHa é iniciado em adolescentes transgénero pós-púberes, ou na fase final da puberdade, as hormonas esteroides sexuais podem ser administradas com uma dose inicial superior e com incrementos mais rápidos, até ser atingida uma dose de manutenção, semelhante à dos protocolos terapêuticos usados em pessoas adultas transgénero (Hembree et al., 2017). Uma vantagem adicional do procedimento com GnRHa é o facto de as hormonas esteroides sexuais não terem de ser administradas em doses supra-fisiológicas, que, caso contrário, seriam necessárias para suprimir a produção endógena de esteroides sexuais (Safer & Tangpricha, 2019). Para pessoas TGD com testículos funcionais, o procedimento com GnRHa (ou com outro medicamento bloqueador da testosterona) deve ser continuado até ao momento em que a pessoa adolescente ou jovem adulta TGD seja finalmente submetida a gonadectomia, caso este procedimento cirúrgico seja realizado enquanto componente, clinicamente necessária, dos seus cuidados de saúde de afirmação de género. Habitualmente, depois de terem sido alcançados os níveis de testosterona para pessoas adultas, em jovens TGD, com ovários funcionais, que tenham inicialmente sido suprimidos com GnRHas, a testosterona

isolada, em doses fisiológicas, é suficiente para reduzir a secreção de estrogénio ovárico e os GnRHas podem ser descontinuados, tal como analisado abaixo (Hembree et al., 2017). Para adolescentes TGD, com ovários funcionais, que ainda não tenham iniciado cuidados de saúde, a THAG pode ser realizada com doses fisiológicas de testosterona isolada, sem necessidade de administração concomitante de GnRHas (Hembree et al., 2017). A terapia hormonal de afirmação de género, com esteroides sexuais, induz o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários correspondentes à identidade de género. Adicionalmente, a taxa de mineralização óssea, que diminui durante o procedimento com GnRHas, recupera rapidamente (Klink, Caris e outros., 2015). Durante o procedimento com GnRHa, em adolescentes TGD, no início da puberdade, ainda não ocorreu o encerramento das placas epifisárias ósseas (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). Após o início da terapia hormonal com esteroides sexuais, pode ocorrer um surto de crescimento e a maturação óssea prossegue (Vlot et al., 2017). Em adolescentes TGD pós-púberes, a terapia hormonal, com esteroides sexuais, não irá afetar a altura, dado que já ocorreu o encerramento das placas epifisárias e a conclusão da maturação óssea (Vlot et al., 2017). Em adolescentes TGD, com testículos funcionais, a utilização de 17- β -estradiol para indução pubertária é preferível à de estrogénios sintéticos, como o etinilestradiol, que é mais trombogénico (ver [Apêndice D](#) (Asscheman et al., 2015). Ainda é necessário continuar com os GnRHas para suprimir a produção endógena de testosterona, ou passar para outro medicamento que suprima a produção endógena de testosterona (Rosenthal et al., 2016). O desenvolvimento mamário e uma distribuição de gordura tipicamente «feminina» são uma das várias mudanças físicas que ocorrem, como resposta à terapia com estrogénios. Ver [Anexo C - Tabela 1](#).

Para adolescentes TGD, que pretendem procedimentos masculinizantes, os androgénios encontram-se disponíveis sob a forma de preparações injetáveis, de formulações transdérmicas e de péletes subcutâneos. De um modo geral, para a indução da puberdade, a maioria de especialistas recomenda inicialmente a utilização de injeção de ésteres de testosterona, devido ao preço, à disponibilidade e à experiência (Shumer et al., [2016](#)). É recomendado continuar com os GnRHs pelo menos até que seja atingido um nível de manutenção de testosterona. Como resposta à terapia com androgénios, ocorre a virilização do corpo, incluindo um tom de voz mais grave, maior desenvolvimento muscular, especialmente na parte superior do corpo, crescimento de pelos faciais e corporais e aumento do clitóris (Rosenthal et al., [2016](#)). Ver [Anexo C - Tabela 1](#).

Em quase todas as situações, deve obter-se o consentimento de responsáveis parentais. As exceções a esta recomendação, em particular quando o envolvimento de responsáveis parentais é considerado prejudicial para a pessoa adolescente, são descritas com mais detalhes no Capítulo 6 - Adolescentes (ver Declaração 6.11), onde também se indica a fundamentação lógica para a inclusão de responsáveis parentais no processo de consentimento.

Declaração 12.7

Recomendamos que profissionais de saúde prescrevam progestagénios, ou um agonista da GnRH, para adolescentes transgénero e de género diverso elegíveis*, com útero, para reduzir a disforia causada pelo ciclo menstrual, quando a utilização de testosterona, para afirmação de género, ainda não for indicada.

A supressão menstrual é um procedimento opcional, geralmente necessário para pessoas TGD que sentem desconforto relacionado com a menstruação ou com a

antecipação da menarca. A Declaração 6.7 no Capítulo 6 - Adolescentes descreve esta questão com mais detalhe. Para obter a amenorreia, a supressão menstrual pode ser iniciada como uma opção isolada, antes de iniciar a testosterona, ou conjuntamente com a terapia com testosterona (Carswell & Roberts, [2017](#)). Algumas pessoas jovens, que ainda não estão prontas para a terapia com testosterona, ou que ainda não se encontram na fase pubertária ou de desenvolvimento adequada para iniciar esse procedimento, irão beneficiar da indução de amenorreia (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., [2018](#)). Adolescentes, que apresentam uma exacerbação da disforia, relacionada com o início da puberdade, podem optar por utilizar GnRHs para supressão da puberdade (consulte também o capítulo Adolescentes).

Os progestagénios podem ser eficazes em adolescentes cujo objetivo seja apenas a supressão menstrual. A administração contínua, por via oral, de medicamentos apenas com progestagénios (incluindo as opções contraceptiva e não contraceptiva), as injeções de medroxiprogesterona ou um dispositivo intrauterino com levonorgestrel, podem ser usados para indução da amenorreia (Pradhan & Gomez-Lobo, [2019](#)). Pessoas TGD, com ovários funcionais, que iniciem a terapia com testosterona, podem ter 1 - 5 ciclos menstruais antes que a amenorreia seja alcançada (Taub et al., [2020](#)). Depois de alcançada a amenorreia, algumas pessoas TGD, com ovários funcionais, também podem optar por continuar a terapia com progestagénios, para controlo da natalidade, se isso for relevante para as suas práticas sexuais.

Pessoas TGD, com ovários funcionais e útero, devem ser aconselhadas sobre o potencial para ocorrência de hemorragia de disrupção (*spotting*), nos primeiros meses após o início da supressão menstrual. Na terapia com GnRHs, a hemorragia de

disrupção pode ocorrer 2 - 3 semanas após o início da medicação. Para as pessoas que pretendem contraceção, ou para as que continuam a apresentar hemorragia menstrual, durante a terapia com progestagénios, pode ser considerada uma associação de estrogénios e progestativos, para a manutenção da amenorreia, mas as pessoas devem ser advertidas sobre o possível efeito secundário de desenvolvimento mamário (Schwartz et al., [2019](#)).

Declaração 12.8

Recomendamos que quem presta cuidados de saúde integre profissionais de diversas especialidades, que sejam especialistas em saúde transgénero e na gestão dos cuidados de saúde necessários para adolescentes transgénero e de género diverso.

Tal como para a prestação de cuidados de saúde a adolescentes, sugerimos que, sempre que possível, seja formada uma equipa multidisciplinar de especialistas, em saúde geral e em saúde mental, para gerir estes procedimentos. Para adolescentes que pretendam THAG (dado ser um procedimento parcialmente irreversível), sugerimos iniciar o procedimento usando um esquema de aumento gradual das doses, depois de uma equipa multidisciplinar, com profissionais de saúde geral e saúde mental, ter confirmado a persistência de disforia de género ou incongruência de género e determinado que a pessoa possui capacidade mental para dar um consentimento informado (Hembree et al., [2017](#)). Aspectos específicos, relativos à avaliação de adolescentes e à participação de responsáveis parentais e de uma equipa multidisciplinar, são descritos mais detalhadamente no Capítulo 6 - Adolescentes.

Se for possível, adolescentes TGD devem ter acesso a especialistas em saúde pediátrica transgénero, de várias especialidades,

incluindo cuidados de saúde primários, endocrinologia, fertilidade, saúde mental, voz, serviço social, apoio espiritual e cirurgia (Chen, Hidalgo et al., [2016](#); Eisenberg et al., [2020](#); Keo-Meier & Ehrensaft, [2018](#)). Pessoas, que prestem cuidados de forma individual, são incentivadas a criar relações de trabalho colaborativas com profissionais de outras especialidades, para facilitar as referências, conforme as necessidades individuais de cada jovem e respetiva família (Tishelman et al., [2015](#)). Contudo, a falta de especialistas e recursos disponíveis não deve constituir qualquer obstáculo no acesso aos cuidados (Rider, McMorris et al., [2019](#)). Apoios úteis para adolescentes incluem acesso a informações precisas e culturalmente fundamentadas sobre género e identidades sexuais, sobre as opções de transição, sobre o impacto do apoio familiar e ligações a outras pessoas com experiências semelhantes e a pessoas adultas TGD, através de grupos de apoio *online* e presenciais para adolescentes e seus familiares (Rider, McMorris et al., [2019](#)).

Verificou-se que muitas pessoas adolescentes TGD apresentam perturbações a nível da saúde mental, podendo, consoante as indicações, ser utilizados rastreios iniciais de saúde mental (por exemplo, PHQ-2, GAD) (Rider, McMorris et al., [2019](#)). Quem presta cuidados deve ter sempre presente que ser transgénero, ou questionar o próprio género, não constitui nenhuma patologia nem perturbação, por si só.

Consequentemente, as pessoas não devem ser reencaminhadas para tratamentos de saúde mental, exclusivamente com base numa identidade transgénero. Profissionais de saúde, geral e mental, que cuidam de jovens e fazem referências devem, pelo menos, ter conhecimentos sobre o impacto do trauma, da disforia de género e do stress das minorias de género, sobre qualquer possível sintomatologia associada à saúde mental, tais como perturbações do

comportamento alimentar, ideação suicida ou ansiedade social. Para que esses cuidados de saúde de afirmação de género, prestados a jovens TGD, sejam competentes, as pessoas que prestam cuidados de saúde também devem estar familiarizadas com o nível de disponibilidade para internamento nos serviços de saúde mental da sua região, (Barrow & Apostle, [2018](#); Kuper, Wright et al., [2018](#); Kuper, Mathews et al., [2019](#); Tishelman & Neumann-Mascis, [2018](#)). As declarações 6.3, 6.4 e 6.12d no Capítulo 6 - Adolescentes abordam estas questões com maior detalhe. Dado que, geralmente, responsáveis parentais apresentam elevados níveis de ansiedade, imediatamente após saberem que as pessoas jovens são TGD, e considerando que a sua reação permite prever quais os resultados de saúde física e mental dessas pessoas jovens a longo prazo, pode ser extremamente útil fazer uma referência adequada de responsáveis parentais para apoios em saúde mental (Coolhart et al., [2017](#); Pullen Sansfaçon et al., [2015](#); Taliaferro et al., [2019](#)).

Declaração 12.9

Recomendamos que profissionais de saúde implementem avaliações clínicas periódicas, para verificação de alterações físicas e de potenciais reações adversas às hormonas esteroides sexuais, incluindo monitorização laboratorial de hormonas esteroides sexuais, de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano de terapia hormonal, ou quando há alterações posológicas, até ser alcançada a posologia estável para adultos, seguida por exames clínicos e laboratoriais, uma ou duas vezes por ano, sempre que seja alcançada uma dose de manutenção para adultos.

A terapia hormonal com esteroides sexuais está associada a uma vasta gama de mudanças físicas e psicológicas (Irwig, [2017](#); Tangpricha & den Heijer, [2017](#)) (ver [Anexo C - Tabela 1](#)). Após o início da terapia hormonal com esteroides sexuais, a avaliação periódica

do progresso e da resposta da pessoa ao procedimento ser feita por profissional de saúde (consulte também o Capítulo 6 - Adolescentes). Esta avaliação deve analisar a presença de quaisquer alterações físicas, bem como o impacto do procedimento na disforia de género (se estiver presente) e no bem-estar psicológico (ver [Anexo C - Tabela 1](#)). As consultas proporcionam excelentes oportunidades para as pessoas serem informadas, por profissionais de saúde, sobre o tempo habitualmente necessário para que as mudanças físicas se manifestem e para promover expectativas realistas. Durante o primeiro ano de terapia hormonal, as doses de hormonas esteroides sexuais são aumentadas com frequência. Um dos principais fatores que orienta a posologia é o nível sérico da hormona esteroide sexual correspondente. De um modo geral, o objetivo é que os níveis séricos dos esteroides sexuais correspondam aos níveis associados à identidade de género da pessoa, apesar de ainda não terem sido determinados quais os intervalos de referência ideais (Hembree et al., [2017](#)).

Além de avaliar as alterações positivas, associadas à terapia hormonal com esteroides sexuais, quem presta cuidados deve avaliar regularmente se o procedimento causou algum efeito adverso (ver [Anexo C - Tabela 2](#)). Exemplos de sinais e sintomas adversos incluem acne androgénico ou disfunção sexual incómoda (Braun et al., [2021](#); Kerckhof et al., [2019](#)). A THAG também tem potencial para influenciar negativamente vários testes laboratoriais. Por exemplo, a espironolactona pode causar hipercaliemia, embora seja um fenómeno pouco frequente e transitório (Millington et al., [2019](#)). A testosterona aumenta a contagem de glóbulos vermelhos (hematócrito), que, ocasionalmente, pode causar eritrocitose (Antun et al., [2020](#)) (ver Declaração 12.17) (Hembree et al., [2017](#)). Tanto os estrogénios como a testosterona podem alterar os parâmetros lipídicos, como

o colesterol de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e os triglicéridos (Maraka et al., 2017). Ver [Anexo C - Tabelas 3 e 4](#).

A frequência das avaliações clínicas deve ser personalizada e orientada pela resposta de cada pessoa ao procedimento. Sugerimos que as avaliações clínicas sejam realizadas aproximadamente de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano de terapia hormonal, em pessoas que se mantêm estáveis e não apresentam efeitos adversos significativos ([Anexo C - Tabela 5](#)). Sugerimos, em vez de recomendar, que os testes sejam realizados de 3 em 3 meses, no primeiro ano, para permitir alguma flexibilidade quanto ao momento de realização dos testes, já que não há evidência robusta, nem evidência de estudos publicados, que indiquem intervalos específicos para os testes. Se uma pessoa apresentar um efeito adverso, são necessários testes laboratoriais mais frequentes e/ou consultas menos espaçadas. Dado o potencial nocivo associado a níveis de hormonas sexuais que excedam os intervalos esperados para o ser humano, recomendamos vivamente a realização de testes regulares como prática padrão, quando se inicia a THAG em pessoas TGD. Quando uma pessoa tiver atingido uma dose adulta estável de hormonas esteroides sexuais, sem efeitos adversos significativos, a frequência das consultas pode ser reduzida para uma a duas por ano (Hembree et al., 2017).

Declaração 12.10

Recomendamos que profissionais de saúde informem e aconselhem todas as pessoas que procuram procedimentos médicos de afirmação de género, sobre as opções disponíveis para preservação da fertilidade, antes de iniciar a supressão da puberdade e antes da terapia hormonal.

A supressão da puberdade e a terapia hormonal com hormonas esteroides sexuais podem ter potenciais efeitos adversos sobre

a fertilidade futura de uma pessoa (Cheng et al., 2019) (ver também Capítulo 6 - Adolescentes e Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva). Embora algumas pessoas TGD possam ainda não ter pensado muito sobre o seu potencial reprodutivo futuro, no momento em que fazem a avaliação inicial, para iniciar a terapêutica médica, as possíveis implicações do procedimento e as opções de preservação da fertilidade devem ser analisadas por quem prescreve as hormonas e discutidas com a pessoa que pretende essas terapias (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Pessoas com testículos devem ser advertidas de que a terapia prolongada com estrogénios provoca, frequentemente, atrofia testicular e uma redução na contagem de espermatozoides e de outros parâmetros do sêmen (Adeleye et al., 2018). No entanto, existem grandes falhas ao nível dos conhecimentos e os resultados sobre a fertilidade de pessoas transfemininas, que tomam estrogénios e antiandrogénicos, são inconsistentes (Cheng et al., 2019). Num estudo, foi evidente a heterogeneidade na histologia testicular, independentemente de as pessoas descontinuarem ou manterem a terapia antes da orquiectomia (Schneider et al., 2015). Por exemplo, a descontinuação de estrogénio e antiandrogénicos, durante seis semanas, resultou numa espermatogénese completa em 45% das pessoas, sendo que as remanescentes apresentaram uma paragem meiótica ou paragem espermatogonial (Schneider et al., 2015). No entanto, os níveis séricos de testosterona, que se encontravam, comprovadamente, dentro dos intervalos de referência femininos, levam à supressão completa da espermatogénese, na maioria das mulheres transgénero (Vereecke et al., 2020). A principal opção de preservação da fertilidade, para pessoas com testículos funcionais, é a criopreservação do esperma, também conhecida como banco de esperma

(Mattawanon et al., 2018). Para pessoas pré-púberes, a supressão da puberdade com GnRHs interrompe a maturação do esperma (Finlayson et al., 2016).

As pessoas com ovários funcionais devem ser advertidas de que, geralmente, a terapia com testosterona tem como consequência a interrupção da menstruação e da ovulação; frequentemente, poucos meses após o início da terapia (Taub et al., 2020). Há igualmente grandes lacunas nos conhecimentos relativamente aos potenciais efeitos da testosterona sobre os oócitos e a subsequente fertilidade de pessoas TGD (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). Um estudo descobriu que a terapia com testosterona pode estar associada a uma morfologia com ovários poliquísticos, enquanto outros estudos não relataram nenhuma evidência metabólica (Chan et al., 2018) nem histológica (De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010) de síndrome de ovários poliquísticos (SOP), depois da terapia com testosterona. Alguns estudos encontraram uma prevalência superior preexistente de SOP em pessoas transgénero com ovários (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). Pessoas TGD, com útero e ovários intactos, recuperam, frequentemente, o seu potencial de fertilidade, se a terapia com testosterona for descontinuada (Light et al., 2014). De facto, foi notificado um nado-vivo, após tecnologia de reprodução assistida, depois de ter sido realizada colheita de ovócitos, estimulada por hormonas, numa pessoa TGD, que não tinha descontinuado a terapia com testosterona (Greenwald et al., 2021; Safer e Tangpricha, 2019). Outras opções de preservação da fertilidade, para pessoas TGD com ovários, são a criopreservação de oócitos e a criopreservação de embriões, com esperma de uma pessoa parceira ou doadora. As opções anteriores requerem estimulação hormonal para a colheita de ovócitos e a utilização de tecnologia de reprodução assistida.

Para jovens transgénero, no início da puberdade, a supressão da puberdade com GnRHs interrompe a maturação das células germinativas, embora um relatório recente tenha observado que a estimulação ovárica de uma pessoa adolescente TGD, que tinha feito terapia com um GnRHs no início da puberdade (e continuado durante a estimulação ovárica), tenha resultado num pequeno número de oócitos maduros, que foram criopreservados (Rothenberg et al., 2019). A terapia com GnRHs, em adolescentes TGD, com testículos funcionais, nas fases iniciais da puberdade, não só interrompe a maturação das células germinativas, como também mantém o pénis com um tamanho pré-púbere. É provável que isso tenha impacto nas avaliações cirúrgicas, no caso de essa pessoa vir, eventualmente, a ser submetida a uma vaginoplastia com inversão peniana, dado que haverá menos tecido peniano para trabalhar. Nestes casos, há uma maior probabilidade de que a vaginoplastia exija um procedimento cirúrgico mais complexo, por exemplo, vaginoplastia intestinal (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Essas considerações devem ser incluídas em todas as conversas com as pessoas e as famílias que estejam a ponderar a utilização de bloqueadores da puberdade, no início da puberdade, em adolescentes com testículos funcionais.

Declaração 12.11

Recomendamos que profissionais de saúde avaliem e abordem as condições clínicas, que possam ser exacerbadas pela redução das concentrações de hormonas sexuais endógenas e pelos procedimentos com hormonas sexuais exógenas, antes de iniciar procedimentos com pessoas transgénero e de género diverso.

Pessoas TGD, que pretendam a masculinização, devem ser informadas sobre as possibilidades, consequências, limitações e riscos associados à terapia com

testosterona. A terapia com testosterona está contraindicada durante a gravidez, ou durante a tentativa de engravidar, devido aos seus potenciais efeitos iatrogénicos sobre o feto. As contraindicações relativas à terapia com testosterona incluem hipertensão grave, apneia do sono e policitemia, uma vez que essas condições podem ser exacerbadas pela testosterona. A monitorização da pressão arterial e do perfil lipídico deve ser realizada antes e depois do início da terapia com testosterona. O aumento da pressão arterial ocorre tipicamente no período de 2 a 4 meses após o início da terapia com testosterona (Banks et al., [2021](#)). As pessoas que desenvolvem hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia podem necessitar de tratamento com modificações no regime alimentar, medicação ou ambos.

As pessoas TGD, que pretendem procedimentos de feminização, e que tenham antecedentes de eventos tromboembólicos, tais como trombose venosa profunda e embolia pulmonar, devem ser submetidas a avaliação e tratamento, antes do início da terapia hormonal. Isto porque a terapia com estrogénios está fortemente associada a um aumento do risco para tromboembolismo, uma complicação potencialmente fatal. Além disso, fatores de risco que podem aumentar o risco de condições tromboembólicas, como tabagismo, obesidade e estilo de vida sedentário, devem ser modificados. Em pessoas com fatores de risco não modificáveis, tais como antecedentes conhecidos de trombofilia, historial de trombose ou histórico familiar relevante de tromboembolismo, o tratamento com estrogénio transdérmico, concomitante com anticoagulantes, pode diminuir o risco de tromboembolismo. No entanto, os dados existentes são reduzidos para poder orientar as decisões de tratamento. A presença de uma doença no início da terapia, tal como cancro hormonosensível, doença das artérias coronárias, doença cerebrovascular,

hiperprolactinemia, hipertrigliceridemia e colelitíase, deve ser avaliada antes do início da terapia hormonal de afirmação de género, dado que os riscos relativos se podem alterar em associação com a terapia hormonal exógena (Hembree et al., [2017](#)).

Declaração 12.12

Recomendamos que profissionais de saúde informem as pessoas transgénero e de género diverso, submetidas a procedimentos de afirmação de género, sobre o aparecimento e o decurso temporal das alterações físicas, induzidas pelo procedimento com hormonas sexuais.

Os efeitos da terapia com testosterona são múltiplos e podem incluir o aparecimento e aumento de pelos corporais e faciais, calvície de padrão masculino, aumento da massa muscular e da força, diminuição da massa gorda, tom de voz mais grave, interrupção da menstruação (se ainda estiver presente), aumento da prevalência e gravidade do acne, aumento do clitóris e aumento do desejo sexual (Defreyne, Elaut et al., [2020](#); Fisher, Castellini et al., [2016](#); Giltay & Gooren, [2000](#); T'Sjoen et al., [2019](#); Yeung et al., [2020](#)). Outras alterações associadas à testosterona incluem aumento da massa corporal magra e oleosidade da pele, (de Blok et al., [2020](#); Hembree et al., [2017](#); Kuper, Mathews et al., [2019](#); Taliaferro et al., [2019](#); Tishelman & Neumann-Mascis, [2018](#)) (ver [Anexo C - Tabela 1](#)).

A terapia com estrogénios induz o desenvolvimento mamário. No entanto, menos de 20% das pessoas atingiram os estádios 4 - 5 de Tanner para a mama, após 2 anos de terapia (de Blok et al., [2021](#)). Alterações adicionais incluem diminuição do volume testicular, massa corporal magra, oleosidade da pele, desejo sexual, ereções espontâneas, pelos faciais e pelos corporais, juntamente com aumento da gordura corporal subcutânea (ver [Anexo C - Tabela 1](#)). Em pessoas adultas, o estrogénio não

altera a voz de uma pessoa nem a sua altura (Iwamoto, Defreyne et al., [2019](#); Wiepjes et al., [2019](#)).

A evolução temporal e a extensão das mudanças físicas variam de pessoa para pessoa e estão relacionadas com fatores como genética, idade de início e estado de saúde global (Deutsch, Bhakri et al., [2015](#); van Dijk et al., [2019](#)). O conhecimento da extensão e do momento das alterações induzidas pelas hormonas sexuais, se disponível, pode impedir os danos e custos potenciais de alterações desnecessárias na terapia, de aumentos psicológicos e de procedimentos cirúrgicos prematuros (Dekker et al., [2016](#)).

Declaração 12.13

Recomendamos que profissionais de saúde não prescrevam etinilestradiol, a pessoas transgénero e de género diverso, como parte de uma terapia hormonal de afirmação de género. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.15.

Declaração 12.14

Sugerimos que profissionais de saúde prescrevam estrogénio transdérmico, a pessoas transgénero e de género diverso elegíveis*, com maior risco de desenvolver tromboembolismo venoso, com base na idade > 45 anos, ou com antecedentes de tromboembolismo venoso, quando for recomendada terapia com estrogénios para afirmação de género. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.15.

Declaração 12.15

Sugerimos que profissionais de saúde não prescrevam estrogénios conjugados, a pessoas transgénero e de género diverso, quando estiver disponível estradiol, como componente da terapia hormonal de afirmação de género.

Determinar qual o composto estrogénico e a via de administração mais seguros e eficazes para pessoas TGD é um tema importante. Os esquemas recomendados, baseados em

estrogénio, são apresentados no [Anexo C - Tabela 4](#). O Amsterdam Medical Center (AMC) relatou pela primeira vez 45 eventos de TEV, que ocorreram em 816 mulheres transgénero, destacando-se uma taxa de incidência esperada de TEV 20 vezes superior ao da notificada para uma população de referência (van Kesteren et al., [1997](#)). Na sequência desse relatório, a clínica AMC recomendou a utilização de estradiol transdérmico, para mulheres transgénero, com idade superior a 40 anos, o que, subsequentemente, reduziu a incidência de TEV (Nota et al., [2019](#); Toorians et al., [2003](#)). Outros estudos sugeriram que o etinilestradiol está associado a um maior risco de formação de coágulos sanguíneos, devido ao aumento da resistência aos efeitos anticoagulantes da proteína C ativada (PCA) e a concentrações elevadas dos fatores de coagulação proteína C e proteína S (Toorians et al., 2013). Outros estudos publicados nos últimos 15 anos, provenientes de outras clínicas, relataram que mulheres transgénero, que tomavam outras formas de estrogénio, apresentavam taxas de TEV inferiores a mulheres transgénero que tomavam etinilestradiol (Asscheman et al., 2013). Adicionalmente, uma revisão sistemática de 2019 concluiu que a administração de etinilestradiol estava associada ao risco mais elevado de TEV em mulheres transgénero, tendo também sido identificada uma associação entre a utilização de progesterona e TEV (Goldstein et al., [2019](#)).

As diretrizes da Sociedade de Endocrinologia de 2017 não recomendaram estrogénios equinos conjugados (EECs), enquanto opção terapêutica, porque os níveis sanguíneos de estrogénios conjugados não podem ser medidos em mulheres transgénero, tornando difícil a prevenção de dosagem suprafisiológica de estrogénios e, consequentemente, aumentando o risco potencial para TEV (Hembree et al., [2017](#)). Um estudo retrospectivo do Reino Unido

examinou os riscos de EEC orais, comparativamente a valerato de estradiol oral e a etinilestradiol oral, e identificou um aumento até 7 vezes na percentagem de mulheres transgénero, no grupo de EEC orais, que desenvolveu TEV, comparativamente a mulheres transgénero que utilizavam outras formas de estrogénio (Seal et al., [2012](#)). Num estudo de caso-controlo «*nested*», mais de 80.000 mulheres cisgénero, com idades entre 40 - 79 anos, que tinham tido um TEV, foram emparelhadas com, aproximadamente, 390.000 mulheres cisgénero, sem TEV; os resultados mostraram que a utilização de estradiol oral teve um menor risco para TEV do que estrogénios conjugados e que o estrogénio transdérmico não foi associado a um aumento do risco para TEV (Vinogradova et al., [2019](#)).

Uma revisão sistemática avaliou diversas formulações de estrogénio e identificou um estudo retrospectivo e um estudo transversal que fizeram comparações diretas dos riscos associados às diferentes formulações (Wierckx, Mueller et al., [2012](#); Wierckx et al., [2013](#)). Nenhum dos estudos identificados, que avaliaram o risco de diferentes formulações de estrogénio, utilizou um protocolo prospetivo intervencional. O estudo retrospectivo examinou 214 mulheres transgénero, que tomavam estradiol transdérmico (17 β -estradiol em gel 1,5mg/dia ou adesivo de estradiol 50 mcg/dia) ou uma toma diária de estrogénios orais (estradiol 2 mg/dia, estriol 2 mg/dia, etinilestradiol 50 mcg/dia ou etinilestradiol 30 -50 mcg num contraceutivo oral) (Wierckx et al., [2013](#)). Ao longo de um período de observação de 10 anos, 5% da coorte desenvolveu um TEV, 1,4% (3 em 214) teve um enfarte do miocárdio (EM) e 2,3% (5 em 214) um acidente isquémico transitório ou um acidente vascular cerebral (AIT/AVC). A prevalência de TEV, EM e AIT/AVC aumentou após o início da terapia com

estrogénio. No entanto, não foram relatadas diferenças entre os esquemas com estrogénio, em termos desses critérios de avaliação.

O mesmo grupo de investigação realizou um estudo transversal que examinou 50 mulheres transgénero (idade média 43 \pm 10), a tomar estrogénio oral (valerato de estradiol 2 mg/dia, estriol 2 mg/dia ou etinilestradiol 50 - 120 mcg/dia) ou a usar estradiol transdérmico (17 β -estradiol 1,5 mg/dia ou estradiol 50 mcg/dia), durante um período de acompanhamento de 9,2 anos (Wierckx, Mueller et al., [2012](#)). Doze por cento (n = 6) apresentaram um TEV, um EM ou um AIT/AVC. Duas das participantes estavam a tomar estrogénio conjugado 0,625 mg/dia (uma delas em associação com acetato de ciproterona), 2 participantes estavam a tomar etinilestradiol 20 - 50 mcg/dia, 1 estava a tomar acetato de ciproterona 50 mg/dia e o esquema usado pela sexta participante não foi indicado. Nenhuma das pessoas que tomavam estradiol oral ou estradiol transdérmico apresentou TEV, EM ou AIT/AVC.

Um estudo prospetivo examinou a via de administração de estrogénio em 53 mulheres transgénero, num estudo multicêntrico, realizado em toda a Europa. Mulheres transgénero, com idade inferior a 45 anos (n = 40), receberam valerato de estradiol 4 mg/dia em associação com acetato de ciproterona (ACP) 50 mg/dia e mulheres transgénero, com idade superior a 45 anos (n = 13), fizeram 17 β -estradiol transdérmico, também com ACP. Não foi notificado nenhum TEV, EM ou AIT/AVC, após 1 ano de acompanhamento, no grupo de estrogénio oral ou transdérmico. Um outro estudo retrospectivo de Viena não encontrou ocorrências de TEV entre 162 mulheres transgénero, que usavam estradiol transdérmico, que foram seguidas durante uma média de 5 anos (Ott et al., [2010](#)).

Estamos fortemente confiantes na nossa recomendação contra a utilização de etinilestradiol, com base em dados históricos da clínica de Amesterdão, que demonstraram uma redução na incidência de TEV após a descontinuação da utilização de etinilestradiol, e na recente revisão sistemática, que demonstrou um aumento do risco para TEV, em mulheres transgênero, a tomar etinilestradiol (Weinand & Safer, [2015](#)). Estamos confiantes na nossa recomendação contra a utilização de EEC, com base no estudo de 2012 de Seal e colegas, que demonstrou um aumento do risco para TEV, em mulheres transgênero, a tomar EEC, comparativamente a outras formulações de estrogênio e a dados de mulheres cisgênero, submetidas a terapia de substituição hormonal (Canonico et al., [2007](#); Seal et al., [2012](#)). Estudos prospetivos e retrospectivos, em mulheres transgênero, apenas notificaram ocorrências de TEV/EM/AVC nas que tomavam EEC ou etinilestradiol. Dado que o estradiol tem um custo reduzido, se encontra disponível de forma mais ampla e parece ser mais seguro do que os EEC em alguns estudos, a recomendação dada é contra a utilização de EEC sempre que o estradiol seja uma opção terapêutica disponível. A qualidade dos estudos pode estar limitada a protocolos prospetivos, de coorte ou transversais; no entanto, o forte nível de recomendação é baseado na evidência consistente, que corrobora a associação entre a utilização de etinilestradiol e EEC e um maior risco para TEV/EM/AVC, em mulheres transgênero.

Estamos também confiantes, quanto à nossa recomendação, sobre a administração de preparações transdérmicas de estrogênio, em mulheres transgênero mais velhas (idade > 45 anos), ou naquelas com antecedentes de TEV. A confiança da nossa recomendação é baseada na diminuição da incidência de TEV, notificada na clínica de Amesterdão, quando as mulheres transgênero passam a utilizar preparações transdérmicas, após os

40 anos de idade (van Kesteren et al., [1997](#)). Adicionalmente, o estudo de coorte prospetivo e multicêntrico ENIGI não encontrou nenhuma incidência de TEV/EM/AVC, em mulheres transgênero que passam, sistematicamente, para estrogênio transdérmico, aos 45 anos de idade (Dekker et al., [2016](#)). Além disso, um estudo de Ott e colegas demonstrou não haver incidência de TEV em 162 mulheres transgênero, tratadas com adesivos de estradiol (Ott et al., [2010](#)).

Com exceção do acetato de ciproterona (atenção que a utilização não se encontra aprovada nos EUA, devido a preocupações com a possível hepatotoxicidade), a utilização de progestagênios em esquemas de terapia hormonal permanece controversa. Até ao momento, não houve estudos de qualidade que avaliassem o papel de progestativos na terapia hormonal para pessoas transgênero.

Temos conhecimento de que profissionais que prescrevem progestagênios, incluindo progesterona micronizada, têm a convicção de que pode haver melhoria no desenvolvimento mamário e/ou areolar, no humor, na libido e na fisionomia global para quem o pretende, juntamente com outros benefícios que ainda não foram demonstrados (Deutsch, [2016a](#); Wierckx, van Caenegem et al., [2014](#)). No entanto, essas melhorias continuam a ser episódicas e não há dados de qualidade que suportem a utilização de progestagênios. Para esta versão das SOC, foi encomendada uma revisão sistemática, que não conseguiu identificar dados suficientes para fazer uma recomendação a favor de quaisquer progestagênio. Em vez disso, os dados existentes sugerem que os danos estão associados à exposição prolongada aos progestagênios (Safer, [2021](#)). Para mulheres cisgênero com útero, os progestagênios em associação com estrogênios são necessários para evitar o risco de cancro do endométrio,

associado à administração de estrogénios sem oposição. Em mulheres cisgénero sem útero, não são usados progestagénios. Os melhores dados, para as preocupações relacionadas com a utilização de progestagénios, provêm de comparações entre as duas populações cisgénero anteriores, que reconhecemos não serem necessariamente generalizáveis para esta população. Embora não seja um efeito de classe indiscutível para todos os progestagénios, a medroxiprogesterona, adicionada a estrogénios equinos combinados, está associada a maiores riscos cardíacos e de cancro da mama (Chlebowski [2020](#); Manson, [2013](#)). É importante realçar que os dados dos estudos da Women's Health Initiative (WHI) podem não ser generalizáveis para populações transgénero.

Comparativamente às mulheres cisgénero nos estudos, as populações transgénero, que pretendem terapia hormonal, tendem a ser mais jovens, não usam estrogénio equino e, nesses casos, a terapia hormonal responde a questões de saúde mental e de qualidade de vida e não apenas à prevenção de riscos (Deutsch, [2016a](#)).

Os potenciais efeitos adversos dos progestagénios incluem aumento de peso, depressão e alterações lipídicas. A progesterona micronizada pode ser mais bem tolerada e pode ter um impacto mais favorável sobre o perfil lipídico do que a medroxiprogesterona (Fitzpatrick et al., [2000](#)). Quando associado a estrogénios, para mulheres transgénero, o progestagénio acetato de ciproterona está associado a aumento da prolactina, diminuição do colesterol HDL e a meningiomas raros - nenhum dos quais observado quando os estrogénios foram associados com agonistas da GnRH ou com espironolactona (Bisson, [2018](#); Borghei-Razavi, [2014](#); Defreyne, Nota et al., [2017](#); Sofer et al., [2020](#)).

Consequentemente, os dados, até ao

momento, não incluem evidência de qualidade que sustentem um benefício da terapia com progestagénios, para mulheres transgénero. No entanto, a literatura sugere um dano potencial de alguns progestagénios, pelo menos em contexto de exposição plurianual. Se, após uma discussão sobre os riscos e os benefícios da terapia com progesterona, houver uma decisão conjunta, para iniciar um ensaio de terapia com progesterona, quem prescreve deve avaliar a pessoa no prazo de um ano, para rever a resposta a essa terapia.

Declaração 12.16

Recomendamos que os profissionais de saúde prescrevam medicamentos para reduzir a concentração de testosterona (seja acetato de ciproterona, espironolactona ou agonistas da GnRH), a pessoas transgénero e de género diverso elegíveis*, com testículos, que estejam a tomar estrogénios, como parte de um esquema de terapia hormonal, se o objetivo da pessoa for aproximar as concentrações circulantes de hormonas sexuais das verificadas em mulheres cisgénero.

A maioria das clínicas de diversidade de género nos EUA e na Europa prescreve estrogénios associados a medicamentos que reduzem a testosterona (Mamoojee et al., [2017](#)) (ver [Apêndice C-Tabela 5](#)). Nos EUA, a espironolactona é o medicamento redutor de testosterona prescrito com maior frequência, enquanto no Reino Unido são geralmente usados os GnRHs e, no resto da Europa, é mais prescrito o acetato de ciproterona (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., [2021](#)). A justificação para adicionar um medicamento que reduz a testosterona é dupla: 1) reduzir os níveis de testosterona, para que fiquem dentro do intervalo de referência para mulheres cisgénero; e 2) reduzir a quantidade de estrogénio necessária, para alcançar os efeitos físicos adequados. Todos os medicamentos para reduzir a testosterona têm um perfil diferente de efeitos

secundários. A espironolactona é um anti-hipertensor e um diurético poupador de potássio e, portanto, pode provocar hipercaliemia, aumento da frequência urinária e redução da pressão arterial (Lin et al., 2021). O acetato de ciproterona tem sido associado ao desenvolvimento de meningiomas e a hiperprolactinemia (Nota et al., 2018). Os GnRHs, apesar de serem muito eficazes na redução dos níveis de testosterona, podem causar osteoporose, se as doses do estrogênio administrado concomitantemente forem insuficientes (Klink, Caris et al., 2015).

Uma revisão sistemática identificou um estudo que relatou resultados de uma comparação direta entre medicamentos para reduzir a testosterona, acetato de ciproterona e leuprolida (Gava et al., 2016). Dois estudos compararam um grupo de mulheres transgênero, que tomavam estrogênios concomitantemente com medicamentos para reduzir a testosterona, com um grupo que fazia apenas estrogênio. A revisão sistemática não forneceu evidência suficiente que sugerisse que algum dos três medicamentos para reduzir a testosterona tenha um melhor perfil de segurança, em termos de melhores resultados na saúde óssea, níveis de testosterona, níveis de potássio ou na incidência de hiperprolactinemia ou meningioma (Wilson et al., 2020). Consequentemente, não podemos fazer nenhuma recomendação. A revisão indicou que os esquemas baseados em espironolactona foram associados a um aumento de 45% nos níveis de prolactina, enquanto os esquemas baseados em ciproterona aumentaram os níveis de prolactina em mais de 100%. No entanto, o significado clínico dos níveis elevados de prolactina não é claro, já que as taxas de prolactinomas não foram significativamente elevadas, tanto no grupo tratado com espironolactona como no tratado com ACP (Wilson et al., 2020). Um estudo de coorte retrospectivo, de um único centro nos EUA,

não notificou nenhum aumento clinicamente significativo dos níveis de prolactina em 100 mulheres transgênero, tratadas com estrogênio mais espironolactona (Bisson et al., 2018). Um estudo retrospectivo dos Países Baixos, com 2.555 mulheres transgênero, que tomavam principalmente ACP, com diferentes formulações de estrogênio, notificou um aumento da taxa de incidência normalizada de meningiomas, em pessoas que usaram acetato de ciproterona, durante muitos anos, depois da gonadectomia, comparativamente com a população holandesa em geral (Nota et al., 2018). Além disso, num estudo mais pequeno, na Bélgica, 107 mulheres transgênero apresentaram aumentos transitórios dos níveis de prolactina, após o tratamento com acetato de ciproterona, que diminuíram para os valores normais após a descontinuação (Defreyne, Nota et al., 2017). Uma publicação recente, não incluída na revisão sistemática, examinou 126 mulheres transgênero, que tomavam espironolactona, GnRHs ou ciproterona, tendo concluído que a ciproterona estava associada a níveis mais elevados de prolactina e a um pior perfil lipídico, do que a espironolactona ou os GnRHs (Sofer et al., 2020). Depois de ponderar os custos e a acessibilidade da medição dos níveis de prolactina com o significado clínico de um nível elevado, foi tomada a decisão de não fazer, neste momento, nenhuma recomendação, nem a favor nem contra a monitorização dos níveis de prolactina. Consequentemente, devem ser tomadas decisões clínicas individualizadas por profissionais de saúde, quanto à necessidade de medir os níveis de prolactina, com base no tipo de esquema hormonal e/ou na presença de sintomas de hiperprolactinemia ou tumor hipofisário (por exemplo, galactorreia, alterações no campo visual).

A ciproterona também tem sido associada a meningiomas. Foram notificados nove casos de meningioma na literatura, entre mulheres

transgênero que tomavam principalmente acetato de ciproterona (Mancini et al., 2018). Este aumento do risco também foi identificado em populações cisgênero. Em 2020, a Agência Europeia de Medicamentos publicou um relatório que recomendava que produtos à base de ciproterona, com doses diárias iguais ou superiores a 10 mg, deveriam ser limitados, devido ao risco de desenvolvimento de meningioma (European Medicine Agency, 2020). Muito provavelmente, esta associação é um efeito específico do acetato de ciproterona e não foi extrapolada para incluir outros fármacos que reduzem a testosterona. Nos EUA, onde o acetato de ciproterona não está disponível, a base de dados da Associação Norte-Americana de Registros Centrais Oncológicos (NAACCRs) não identificou nenhum aumento do risco para tumores cerebrais (não especificamente meningiomas), em mulheres transgênero (Nash et al., 2018). Além disso, não se verificou nenhum aumento do risco relativo (RR) para tumores cerebrais, na coorte Kaiser de 2.791 mulheres transgênero, comparativamente a controles cisgênero (Silverberg et al., 2017). Nenhum estudo de longo prazo notificou risco de meningiomas e prolactinomas, em mulheres transgênero a tomar GnRHs.

A nossa forte recomendação, para a utilização de medicamentos para reduzir a testosterona, como parte de um esquema hormonal para pessoas transgênero, com testículos, é baseada na prática global de utilização desses medicamentos, cumulativamente com terapias com estrogênio, bem como com o risco, relativamente mínimo, associado a essas terapias. No entanto, neste momento, não podemos fazer uma recomendação que favoreça um determinado medicamento para reduzir a testosterona em detrimento de outro. Os dados publicados até agora suscitam algumas questões sobre o risco de meningiomas associado à utilização

prolongada (>2 anos) e a doses mais elevadas (>10 mg por dia) de acetato de ciproterona (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

A bicalutamida é um antiandrogênio que tem sido utilizado no tratamento do cancro da próstata. Liga-se competitivamente aos recetores androgénicos para bloquear a ligação de androgénios. Os dados sobre a utilização de bicalutamida em populações transfemininas são muito escassos e não existem dados de segurança. Um pequeno estudo analisou a utilização de bicalutamida, 50 mg por dia, como bloqueador da puberdade, em 23 adolescentes transfemininas, que não conseguiram realizar terapia com um análogo da GnRH (Neyman et al., 2019). Todas as adolescentes apresentaram desenvolvimento mamário, que também é geralmente observado em homens, com cancro da próstata, tratados com bicalutamida. Embora rara, foi descrita hepatotoxicidade fulminante que causou a morte com bicalutamida (O 'Bryant et al., 2008). Dado que a bicalutamida não foi devidamente estudada em populações transfemininas, não recomendamos a sua utilização corrente.

A administração de inibidores da 5 α -redutase bloqueia a conversão da testosterona no androgênio mais potente, di-hidrotestosterona. As indicações aprovadas pela *Food & Drug Administration* (FDA) para a administração de finasterida incluem hipertrofia benigna da próstata e alopecia androgenética. Os dados sobre a utilização de inibidores da 5 α -redutase em populações transfemininas são muito escassos (Irwig, 2021).

Não é claro se esta classe de medicamentos poderia ter algum benefício clínico, para pessoas transfemininas, cujos níveis de testosterona e di-hidrotestosterona já tenham sido reduzidos com estrogênio e um antiandrogênio. Consequentemente, não

recomendamos a sua utilização corrente em populações transfemininas. A finasterida pode constituir uma opção terapêutica adequada, em pessoas transmasculinas, que apresentam alopecia incômoda, resultante de níveis mais elevados de dihidrotestosterona. No entanto, o tratamento com um inibidor da 5 α -redutase pode prejudicar o crescimento do clitóris e o desenvolvimento de pelos faciais e corporais em pessoas transmasculinas. São necessários estudos para avaliar a eficácia e a segurança dos inibidores da 5 α -redutase em populações transgênero.

Declaração 12.17

Recomendamos que profissionais de saúde monitorizem o hematócrito (ou a hemoglobina), em pessoas transgênero e de gênero diverso, a fazerem terapia com testosterona.

Existem dados de boa qualidade que sugerem que um aumento no hematócrito (ou na hemoglobina) está associado a pessoas TGD que fazem terapia com testosterona (Defreyne et al., [2018](#)). Os esquemas de testosterona na revisão sistemática incluíram ésteres de testosterona que variam entre o equivalente a 25-250 mg SC/IM por semana, undecanoato de testosterona 1000 mg de 12 em 12 semanas, ou gel de testosterona 50 mg aplicado diariamente na pele (Defreyne et al., [2018](#); Gava et al., [2018](#); Giltay et al., [2000](#); Meriggiola et al., [2008](#); Pelusi et al., [2014](#); T'Sjoen et al., [2005](#); Wierckx, van Caenegem et al., [2014](#); Wierckx, van de Peer et al., [2014](#)). O aumento expectável deve ser consistente com os intervalos de referência em homens cisgênero.

Declaração 12.18

Sugerimos que profissionais de saúde colaborem com pessoas cirurgiãs, relativamente à utilização de hormonas, antes e depois das cirurgias de afirmação de gênero. Para texto de apoio, ver a

Declaração 12.19.

Declaração 12.19

Sugerimos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgênero e de gênero diverso, sobre as várias opções disponíveis de cirurgia de afirmação de gênero, a menos que a cirurgia não seja indicada ou esteja clinicamente contraindicada.

Apesar da ausência de evidência, as normas clínicas perioperatórias, para cirurgias de afirmação de gênero, têm incluído a descontinuação da terapia hormonal, durante 1 - 4 semanas, antes e depois da cirurgia, normalmente cirurgias genitais (Hembree et al., [2009](#)). Essa prática destinava-se a mitigar o risco para TEV, associado à administração de estrogénio exógeno (Hembree et al., [2009](#)). O estrogénio e a testosterona podiam, depois, ser retomados em algum momento após a operação.

Após uma análise cuidadosa, não foi encontrado nenhum aumento perioperatório nas taxas de TEV, em pessoas transgênero submetidas a cirurgia, que mantiveram sempre a terapia com esteroides sexuais, comparativamente às taxas de pessoas cuja terapia com esteroides sexuais foi descontinuada antes da cirurgia (Gaither et al., [2018](#); Hembree et al., [2009](#); Kozato et al., [2021](#); Prince & Safer, [2020](#)). A terapia com esteroides sexuais é especialmente importante após a gonadectomia, para evitar as sequelas do hipogonadismo, para evitar o risco de aparecimento de osteoporose e para a manutenção da saúde mental e da qualidade de vida (Fisher, Castellini et al., [2016](#); Rosen et al., [2019](#)). Por isso, quem prescreve hormonas, e quem opera, deve informar as pessoas sobre a necessidade de terapia hormonal exógena contínua, após a gonadectomia.

Profissionais de saúde, para poderem informar as pessoas e defender os seus

direitos clínicos, devem dispor de boa informação sobre os riscos e benefícios das cirurgias de afirmação de género e também ter conhecimentos sobre as avaliações de desempenho e os resultados cirúrgicos das pessoas cirurgiãs, para quem podem reencaminhar pessoas (Beek, Kreukels et al., [2015](#); Colebunders et al., [2017](#); Wiepjes et al., [2018](#)). De um modo geral, podemos considerar que a maioria das cirurgias, clinicamente necessárias, envolve três regiões: face, peito/mama e genitália (interna e externa). Procedimentos adicionais, clinicamente necessários, incluem cirurgias de contorno corporal e de voz. Consulte a declaração sobre necessidade clínica no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1).

Existem múltiplos procedimentos disponíveis para cirurgias faciais de afirmação de género, incluindo, entre outros, condrolanringoplastia, rinoplastia, contorno ou aumento do maxilar, queixo e testa, *lifting* facial, depilação e transplante capilar (consulte o Capítulo 13 - Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios). Procedimentos disponíveis para cirurgia do peito/mama incluem aumento da mama, mastectomia dupla com enxertos de mamilo, mastectomia periareolar e lipoaspiração. A cirurgia de afirmação de género mais frequente, para pessoas TGD com desenvolvimento mamário endógeno, é a cirurgia de masculinização do peito (mastectomia) (Horbach et al., [2015](#); Kailas et al., [2017](#)).

Os procedimentos de cirurgia genital interna incluem, entre outros, orquiectomia, histerectomia, salpingo-ooforectomia, vaginoplastia e colpectomia/vaginectomia (Horbach et al., [2015](#); Jiang et al., [2018](#)). O revestimento interno na vaginoplastia é habitualmente construído a partir de pele peniana, enxertos de pele, uma combinação de ambos ou um segmento intestinal. A remoção do útero e ovários pode ser realizada individualmente ou de uma só vez

(histerectomia, salpingo-ooforectomia e colpectomia). Se for realizada uma colpectomia, também terá de ser feita uma histerectomia. Os ovários podem permanecer *in situ*, mediante pedido da pessoa. Um benefício potencial de deixar um ou ambos os ovários é a preservação da fertilidade, enquanto que a desvantagem é o potencial para desenvolvimento de patologia ovárica, incluindo cancro (De Roo et al., [2017](#)).

Os procedimentos de cirurgia genital externa incluem, entre outros, vulvoplastia, metoidioplastia e faloplastia (Djordjevic et al., [2008](#); Frey et al., 2016). Geralmente, a depilação é necessária antes de realizar procedimentos genitais externos (Marks et al., [2019](#)). A vulvoplastia pode incluir a criação do monte púbico, dos lábios, do clitóris e da abertura uretral. O alongamento uretral é uma opção, tanto para a metoidioplastia como para a faloplastia, mas está associado a uma taxa de complicações muito elevada (Schechter & Safa, [2018](#)). Os cuidados com as feridas cirúrgicas e a fisioterapia são necessários para a cicatrização dos locais doadores para a faloplastia (van Caenegem, Verhaeghe et al., [2013](#)). A fisioterapia pélvica também pode ser uma intervenção complementar importante, após a cirurgia, para gerir a micção e a função sexual (Jiang et al., [2019](#)). O diálogo, a compreensão mútua e a comunicação clara, com uma linguagem comum, entre pessoas que procuram procedimentos, profissionais de saúde e cirurgiãs, irão contribuir para decisões devidamente ponderadas sobre os procedimentos cirúrgicos disponíveis.

Declaração 12.20

Recomendamos que profissionais de saúde iniciem e mantenham a terapia hormonal de afirmação de género, para pessoas transgénero e de género diverso elegíveis*, que necessitam desse procedimento, devido a melhorias comprovadas no

funcionamento psicossocial e na qualidade de vida. Para texto de apoio, ver a Declaração 12.21.

Declaração 12.21

Recomendamos que profissionais de saúde mantenham a terapia hormonal existente, caso a saúde mental da pessoa transgênero e de gênero diverso se deteriorar, e avaliem o motivo para a deterioração, a menos que tal seja contraindicado.

Têm sido documentadas diversas perturbações a nível da saúde mental, na população transgênero, incluindo depressão, ideação suicida, ansiedade, diminuição da autoestima e perturbação de stress pós-traumático (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018). O modelo de stress das minorias de gênero fornece evidência de vários mediadores e moderadores dessas perturbações (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Os mediadores e moderadores das perturbações na saúde mental, específicas de pessoas transgênero, incluem experiências de discriminação, vitimização, troca do gênero autodeterminado (*misgendering*), rejeição familiar e transfobia internalizada (Hendricks & Testa, 2012). Os fatores que têm um efeito positivo na saúde mental incluem aceitação familiar, relações sociais e românticas favoráveis, conexão com a comunidade transgênero, proteção através de políticas de afirmação e de inclusão, políticas de afirmação e de inclusão, posse de documentação atualizada, com nome/gênero legal, e concretização da transição física de gênero, baseada nos objetivos pessoais de estrutura corporal (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018).

Verificou-se que a terapia hormonal tem um impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida, de pessoas jovens e adultas TGD que realizam essa terapia (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). Em muitos casos, a terapia hormonal é considerada uma intervenção que pode salvar vidas (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Vários estudos encontraram associações entre o início da terapia hormonal e a melhoria da saúde mental em pessoas jovens e adultas (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), incluindo melhoria na qualidade de vida (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), redução da ansiedade e da depressão (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), diminuição do stress e diminuição da paranoia (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). Um estudo prospetivo e controlado, que usou o Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota 2 (MMPI-2), demonstrou uma melhoria significativa em vários domínios da função psicológica, em homens transgênero, passados apenas 3 meses de terapia com testosterona (Keo-Meier et al., 2015). Embora existam taxas mais elevadas de sintomas associados a autismo na população transgênero, esses sintomas não aumentaram após o início da terapia hormonal (Nobili et al., 2020).

Dado que uma diminuição nos sintomas depressivos se pode correlacionar com uma diminuição no risco de suicídio, a privação da terapia hormonal, com base na presença de depressão ou de ideação suicida, pode ser prejudicial (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King e colegas (2020) identificaram uma diminuição das

probabilidades de ideação suicida, ao longo da vida, em adolescentes que solicitaram supressão da puberdade e tiveram acesso a esse procedimento, comparativamente a adolescentes que também o pretendiam, mas que não tiveram acesso (Turban, King et al., [2020](#)). Uma revisão sistemática recente descobriu que a supressão da puberdade, em adolescentes TGD, estava associada a uma melhoria da vida social, a diminuição da ideação suicida na idade adulta e a melhoria da função psicológica e da qualidade de vida (Rew et al., 2020). Dado que a evidência sugere que a terapia hormonal está diretamente ligada à diminuição dos

sintomas associados à depressão e ansiedade, considera-se que a prática de suspender a terapia hormonal, até que esses sintomas sejam tratados, através de psiquiatria tradicional, tem efeitos iatrogénicos (Keo-Meier et al., [2015](#)). Se o tratamento psiquiátrico for indicado, pode ser iniciado ou ajustado concomitantemente, sem interromper a terapia hormonal.

**Para critérios de elegibilidade para adolescentes e pessoas adultas, consulte o Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas e o Capítulo 6 - Adolescentes, bem como o [Anexo D](#).*

CAPÍTULO 13 Cirurgia e Cuidados Pós-operatórios

Cirurgias de afirmação de género (CAG), clinicamente necessárias, dizem respeito a uma constelação de procedimentos, concebidos para adequar o corpo de uma pessoa à sua identidade de género (consulte o Capítulo 2 - Aplicabilidade Global para necessidade clínica, Declaração 2.1).

Este capítulo descreve as recomendações sobre cirurgia e cuidados pós-operatórios para pessoas adultas e adolescentes TGD. Consulte por favor o Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas e o Capítulo 6 - Adolescentes, quanto aos critérios de avaliação, relacionados com cirurgia, para pessoas adultas e adolescentes, respetivamente.

No [Anexo D](#) encontra-se um resumo das recomendações e critérios de avaliação. Reconhecendo a comunidade diversificada e heterogénea de pessoas que se identificam como transgénero e de género diverso (TGD), as intervenções cirúrgicas de afirmação de género podem ser categorizadas ao longo de um espectro de procedimentos para pessoas a quem foi atribuído sexo masculino à nascença (ASMAN) ou a quem foi atribuído sexo feminino à nascença (ASFAN).

Em pessoas TGD devidamente selecionadas, a literatura atual defende os benefícios da CAG. Embora ocorram complicações após as CAG, muitas são ligeiras ou podem ser tratadas a nível dos cuidados locais, em regime de ambulatório (Canner et al., [2018](#); Gaither et al., [2018](#); Morrison et al., [2016](#)). Além disso, as taxas de complicações são compatíveis com as de procedimentos semelhantes, realizados para diversos diagnósticos (ou seja, procedimentos não relacionados com a afirmação de género).

Em pessoas ASFAN, a cirurgia de afirmação de género ao peito, ou «*top surgery*» [cirurgia

superior] (ou seja, «mastectomia subcutânea»), foi estudada em estudos prospetivos (Agarwal et al., [2018](#); Frederick et al., [2017](#); Top & Balta, [2017](#); van de Grift, Elaut et al., [2017](#); van de Grift et al., [2016](#)), retrospectivos (Bertrand et al., [2017](#); Claes et al., [2018](#); Esmonde et al., [2019](#); Lo Russo et al., [2017](#); Marinkovic & Newfield, [2017](#); Poudrier et al., [2019](#); Wolter et al., [2015](#); Wolter et al., [2018](#)) e transversais de coorte (Olson-Kennedy, Warus et al., [2018](#); Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., [2018](#); van de Grift, Elfering et al., [2018](#)). A eficácia da «*top surgery*» foi demonstrada em várias áreas, incluindo um aumento consistente e direto da qualidade de vida relacionada com a saúde, uma diminuição significativa da disforia de género e um aumento consistente da satisfação com o corpo e com a aparência. Adicionalmente, as taxas de arrependimento permanecem muito baixas, variando entre 0 a 4%. Apesar do efeito da «*top surgery*» sobre outros indicadores, como depressão, ansiedade e função sexual, também ter demonstrado ser benéfico, os estudos não tiveram robustez suficiente que permita tirar conclusões definitivas. Embora seja necessária investigação adicional, para tirar conclusões mais robustas, a evidência demonstra que a cirurgia superior é uma intervenção segura e eficaz.

Em pessoas ASMAN, foram publicados menos estudos relativamente a cirurgias de afirmação de género à mama («aumento da mama»), que incluem 2 estudos prospetivos (Weigert et al., [2013](#); Zavlin et al., [2018](#)), 1 retrospectivo de coorte (Fakin et al., [2019](#)) e 3 estudos transversais de coorte (Kanhai et al., [2000](#); Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., [2018](#)). Todos os estudos relataram uma melhoria consistente e direta da satisfação da pessoa, incluindo satisfação geral, satisfação com a imagem corporal e imagem corporal após a cirurgia. Owen-Smith e colegas (2018) demonstraram uma tendência positiva, no sentido da melhoria,

Declarações de Recomendação

13.1- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs, que realizam os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, possuam as seguintes credenciais:

13.1.a - formação e supervisão documentada em procedimentos de afirmação de gênero;

13.1.b - Prática ativa continuada em procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero;

13.1.c - Conhecimentos sobre identidades e expressões de gênero diverso;

13.1.d - Formação contínua na área da cirurgia de afirmação de gênero; 13.1.e - registo de resultados cirúrgicos.

13.2- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs avaliem as pessoas transgênero e de gênero diverso, relativamente a fatores de risco associados ao cancro da mama, antes do aumento da mama ou da mastectomia.

13.3- Recomendamos que, durante o processo pré-operatório, as pessoas cirurgiãs informem as pessoas transgênero e de gênero diverso, submetidas a procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, sobre as necessidades de cuidados pós-tratamento, viagens e alojamento e sobre a importância do acompanhamento pós-operatório.

13.4- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs confirmem que as opções de reprodução foram abordadas antes da gonadectomia, em pessoas transgênero e de gênero diverso.

13.5- Sugerimos que as pessoas cirurgiãs considerem propor gonadectomias a pessoas adultas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, quando existir evidência de que toleraram pelo menos 6 meses de terapia hormonal (a menos que a terapia de substituição hormonal ou a supressão gonádica não sejam clinicamente indicadas, ou que esse procedimento não seja compatível com os desejos, objetivos ou expressões de identidade de gênero específicos dessa pessoa).

13.6- Sugerimos que profissionais de saúde ponderem procedimentos genitais de afirmação de gênero, para pessoas adultas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, que pretendam essas intervenções, quando existir evidência de que a pessoa se tem mantido estável, com o regime terapêutico em que se encontra (que pode incluir pelo menos 6 meses de terapia hormonal ou um período mais longo, se necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido, a menos que não seja pretendida terapia hormonal ou que esta esteja clinicamente contraindicada).

13.7- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs ponderem intervenções cirúrgicas de afirmação de gênero para adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, quando existir evidência de que foi utilizada uma abordagem multidisciplinar no processo de tomada de decisão, que tenha incluído profissionais de saúde geral e mental.

13.8- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs peçam pareceres a uma equipa abrangente e multidisciplinar, de profissionais da área da saúde transgênero, quando pessoas transgênero e de gênero diverso elegíveis* solicitarem cirurgias personalizadas (anteriormente denominadas «não convencionais»), como parte de uma intervenção cirúrgica de afirmação de gênero.

13.9- Sugerimos que as pessoas cirurgiãs, que cuidam de homens transgênero e de pessoas de gênero diverso, que tenham sido submetidas a metoidioplastia ou faloplastia, incentivem o acompanhamento urológico ao longo da vida.

13.10- Recomendamos que as pessoas cirurgiãs, que cuidam de mulheres transgênero e de pessoas de gênero diverso, que tenham sido submetidas a vaginoplastia, incentivem o acompanhamento por parte da pessoa cirurgiã responsável, de profissional de medicina geral e familiar ou de ginecologista.

13.11- Recomendamos que as pessoas que se arrependem da sua intervenção cirúrgica, relacionada com o gênero, sejam acompanhadas por uma equipa multidisciplinar de especialistas.

* Para critérios de elegibilidade para adolescentes e pessoas adultas, consulte os capítulos Avaliação de Pessoas Adultas e Adolescentes e o Anexo D.

nas classificações de depressão e ansiedade, associada ao aumento dos níveis das intervenções de afirmação de gênero. No entanto, não foi realizada nenhuma comparação estatística entre pessoas submetidas a «top surgery» e qualquer outro grupo. A vaginoplastia de afirmação de gênero é uma das intervenções cirúrgicas de afirmação de gênero mencionadas com maior frequência; recentemente, foram reportados 8 estudos prospetivos (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 retrospectivos de coorte (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang

et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalavirithan et al., 2018), e 3 transversais de coorte (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Embora tenham sido utilizadas diferentes medidas de avaliação, os resultados de todos os estudos indicaram, sistematicamente, um alto nível de satisfação da pessoa (78–100%), bem como satisfação com a função sexual (75–100%). Isto foi particularmente evidente quando se utilizaram técnicas cirúrgicas mais recentes. A vaginoplastia de afirmação de gênero também foi associada a uma baixa

taxa de complicações e a uma incidência de arrependimento reduzida (0 - 8%).

A literatura recente reflete o aumento do interesse clínico por metoidioplastias e faloplastias, como demonstram 3 estudos prospectivos de coorte (Garaffa et al., [2010](#); Stojanovic et al., [2017](#); Vukadinovic et al., [2014](#)), 6 estudos retrospectivos de coorte (Cohanzad, [2016](#); Garcia et al., [2014](#); Simonsen et al., [2016](#); van de Grift, Pigot et al., [2017](#); van der Sluis et al., [2017](#); Zhang et al., [2015](#)), e 4 estudos transversais (Castellano et al., [2015](#); Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., [2018](#); Wierckx, Van Caenegem et al., [2011](#)), que analisaram os riscos e os benefícios desses procedimentos.

Em termos de função urinária, entre 75 e 100% das pessoas participantes no estudo foram capazes de urinar de pé. Em termos de função sexual, entre 77 e 95% das pessoas participantes no estudo relataram satisfação com a sua função sexual. A maioria destes estudos refere níveis globais elevados de satisfação pós-operatória (intervalo 83 - 100%), com taxas de satisfação mais elevadas em estudos que utilizam técnicas cirúrgicas mais recentes. Dois estudos prospectivos e dois retrospectivos de coorte avaliaram especificamente o arrependimento após a cirurgia e não encontraram nenhum homem transgénero com arrependimento. Embora as limitações dos estudos tenham sido identificadas, os resultados foram consistentes e diretos.

Nos últimos anos, a CAG facial (CAGF) tem recebido mais atenção e a literatura atual defende os seus benefícios. Oito publicações recentes incluem 1 estudo prospectivo de coorte (Morrison et al., [2020](#)), 5 estudos retrospectivos de coorte (Bellinga et al., [2017](#); Capitán et al., [2014](#); Noureai et al., [2007](#); Raffaini et al., [2016](#); Simon et al., [2022](#)) e 2 estudos transversais (Ainsworth & Spiegel, [2010](#); van de Grift, Elaut et al., [2018](#)). Todos os 8 estudos demonstraram claramente que

as pessoas estavam muito satisfeitas com os seus resultados cirúrgicos (entre 72% e 100% das pessoas). Além disso, as pessoas estavam significativamente mais satisfeitas com a aparência do seu rosto, comparativamente a pessoas que não tinham sido submetidas à cirurgia. Um estudo de coorte prospectivo, internacional e multicêntrico descobriu que a CAG facial melhora significativamente a qualidade de vida, tanto a médio como a longo prazo (Morrison et al., [2020](#)). Os resultados foram consistentes e diretos, mas, de algum modo, imprecisos, devido a algumas limitações dos estudos. Embora a cirurgia facial de afirmação de género para pessoas ASFAN seja uma área emergente, os poucos dados atuais apontam para benefícios semelhantes em pessoas selecionadas. São recomendados mais estudos no futuro.

Procedimentos e/ou intervenções adicionais, tais como depilação (antes da cirurgia facial e/ou genital), podem ser necessários como parte do processo pré-operatório. Consulte o Capítulo 15 - Cuidados Primários. Além disso, pode ser importante (ou necessário) o recurso a fisioterapia do pavimento pélvico, tanto antes como depois da cirurgia.

As intervenções cirúrgicas representativas incluem (para uma lista completa, consulte o [anexo E](#) e o final deste capítulo):

ASMAN: cirurgia de feminização facial (incluindo condrolaringoplastia ou cirurgia das cordas vocais), cirurgia mamária de afirmação de género, procedimentos de contorno corporal, orquiectomia, vagino ou vulvoplastia (com ou sem profundidade), procedimentos estéticos e procedimentos destinados a preparar as pessoas para a cirurgia (ou seja, depilação).

ASFAN: cirurgia de masculinização facial, cirurgia peitoral de afirmação de género, histerectomia e/ou ooforectomia, metoidioplastia (incluindo colocação de prótese testicular), faloplastia (incluindo

colocação de próteses testiculares e/ou penianas), procedimentos de contorno corporal, procedimentos estéticos e procedimentos destinados a preparar as pessoas para a cirurgia (ou seja, depilação).

É importante que as pessoas cirurgiãs entendam as indicações e o momento oportuno para a CAG. Isso é especialmente importante nos cuidados prestados a adolescentes (consulte o Capítulo 6 - Adolescentes).

É importante que ambas as pessoas, a que opera e a que é operada, façam parte de uma abordagem de tomada de decisão partilhada que inclua 1) uma abordagem multidisciplinar; 2) uma compreensão dos objetivos e das expectativas da pessoa; 3) um diálogo sobre as opções cirúrgicas e os riscos e benefícios associados; e 4) um plano informado sobre cuidados pós-operatórios (consulte o Capítulo 5— Avaliação de Pessoas Adultas). Essas recomendações destinam-se a facilitar uma abordagem personalizada dos cuidados de saúde. O apoio e os cuidados pós-operatórios são essenciais para otimizar os resultados (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003) e é importante que as pessoas sejam informadas sobre as necessidades pós-operatórias (incluindo cuidados nos locais das feridas, restrições de atividades, período de tempo sem poder trabalhar ou ir à escola, etc.). Além disso, é importante que a pessoa cirurgiã esteja disponível para prestar e facilitar cuidados pós-operatórios, para referenciar para serviços especializados, ou para ambos, consoante necessário. O que pode incluir a necessidade de apoio contínuo (ou seja, por parte de quem cuida como de quem presta cuidados primários, de profissionais de saúde mental, ou de ambos), bem como a necessidade de cuidados primários de rotina (ou seja, rastreio de cancro da mama, cuidados urológicos ou ginecológicos, etc.).

Com o aumento que se verifica, tanto no interesse público como no número de procedimentos cirúrgicos de afirmação de género (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), são necessários formação adicional, registo de resultados e formação médica contínua para as pessoas cirurgiãs (Schechter et al., 2017).

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe, bem como na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 13.1

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs, que realizam os procedimentos cirúrgicos de afirmação de género, possuam as seguintes credenciais:

- a. **Formação e supervisão documentada em procedimentos de afirmação de género;**
- b. **Prática ativa continuada em procedimentos cirúrgicos de afirmação de género;**
- c. **Conhecimentos sobre identidades e expressões de género diverso;**
- d. **Formação contínua na área da cirurgia de afirmação de género;**
- e. **Registo de resultados cirúrgicos.**

As pessoas cirurgiãs que realizam CAG podem ter uma grande variedade de formações, contextos e antecedentes quanto a especialidades cirúrgicas. As especialidades cirúrgicas mais frequentes incluem cirurgia plástica, urologia, ginecologia, otorrinolaringologia e cirurgia oromaxilofacial (Jazayeri et al., 2021). Tal como para outras áreas cirúrgicas, recomendamos que apenas pessoas cirurgiãs

certificadas, ou que sejam elegíveis para certificação, pelas respectivas ordens profissionais dos seus países, realizem CAG. Adicionalmente, recomendamos que as pessoas cirurgiãs que prestam cuidados a pessoas TGD tenham recebido formação comprovada sobre procedimentos de afirmação de género e sobre princípios dos cuidados de saúde de afirmação de género (Schechter et al., [2017](#); Schechter & Schechter, [2019](#)). Estes incluem, entre outros, conhecimentos sobre identidades e expressões de género diverso e o modo como afetam os objetivos, expectativas e resultados das pessoas. É importante que as pessoas cirurgiãs que realizam CAG estejam familiarizadas com os procedimentos disponíveis e que possam fornecer consentimento informado. Caso não disponibilizem determinado procedimento, que seja pretendido, podem referenciar para uma segunda opinião. As que realizam CAG devem participar em atividades de formação contínua na área das CAG (ou seja, reuniões, conferências, seminários, etc.) para manter os conhecimentos atualizados. Recomendamos ainda que os resultados cirúrgicos sejam registados e comunicados às pessoas, como parte do consentimento informado (Schechter et al., [2017](#)).

Além disso, os hospitais, instituições e clínicas médicas que disponibilizam CAG têm de possuir competências culturais (ou seja, linguagem, terminologia, etc.). O que pode exigir formação contínua e periódica do pessoal.

Declaração 13.2

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs avaliem as pessoas transgénero e de género diverso, relativamente a fatores de risco associados ao cancro da mama, antes do aumento mamário ou da mastectomia.

Antes dos aumentos mamários ou das mastectomias, as pessoas têm de ser informadas e avaliadas relativamente a

fatores de risco para cancro da mama, incluindo mutações genéticas (ou seja, BRCA1, BRCA2), histórico familiar, idade, radiação, exposição a estrogénios e a quantidade de tecido mamário que é previsto manter após a cirurgia (Brown, Lourenço et al., [2021](#); Brown & Jones, [2015](#); Colebunders et al., [2014](#); Gooren et al., [2013](#); Salibian et al., [2021](#); Weyers et al., [2010](#)). O rastreio do cancro da mama tenta identificar a presença de cancro através de uma seleção de técnicas de imagiologia, exames e procedimentos adequados. Atualmente, não existem orientações de rastreio, baseadas na evidência, específicas para pessoas TGD (Salibian et al., [2021](#)); no entanto, recentemente, foram propostas orientações pelo American College of Radiology (Brown, Lourenço et al., [2021](#)). Como o risco de cancro, em pessoas que pretendem realizar aumentos mamários ou mastectomias de afirmação de género, é semelhante ao da população em geral (mesmo no cenário de utilização de hormonas), devem ser seguidas as orientações existentes para rastreio do cancro (Brown & Jones, [2015](#); Gooren et al., [2013](#); Salibian et al., [2021](#); Weyers et al., [2010](#)). É necessário que profissionais de saúde se familiarizem com as atualizações dessas orientações, porque podem sofrer alterações. Pessoas submetidas a cirurgias ao peito, de afirmação de género, devem ser objeto de vigilância contínua para cancro da mama, que deve ser supervisionada por quem lhes presta cuidados primários.

Declaração 13.3

Recomendamos que, durante o processo pré-operatório, as pessoas cirurgiãs informem as pessoas transgénero e de género diverso, submetidas a procedimentos cirúrgicos de afirmação de género, sobre as necessidades de cuidados pós-operatórios, viagens e alojamento e a importância do acompanhamento pós-operatório.

Os detalhes sobre o momento, a técnica e a

duração das necessidades de apoio pós-cirúrgico são partilhados com as pessoas durante o período pré-operatório, para que possam realizar o planeamento adequado. Incluindo uma discussão sobre a cronologia prevista dos procedimentos cirúrgicos (e os requisitos de deslocação associados). Dado o pequeno número de pessoas cirurgiãs especializadas em CAG, é frequente que as pessoas tenham de viajar para realizar os procedimentos. Antes da cirurgia, as pessoas cirurgiãs devem fornecer-lhes um cronograma de acompanhamento pós-operatório. Devem ainda informar sobre a duração e as datas das viagens, sobre o período previsto de internamento e de cuidados em ambulatório, bem como sobre a possível necessidade de flexibilidade quanto aos planos de viagem (especialmente se ocorrerem complicações). Dada a complexidade e o custo das deslocações, quaisquer mudanças no plano de cuidados devem ser comunicadas à pessoa o mais cedo possível. As pessoas cirurgiãs devem acautelar que a continuação dos cuidados possa ser realizada localmente após o regresso a casa.

Os cuidados e o acompanhamento pós-cirúrgicos são importantes. Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de género têm, frequentemente, exigências específicas de apoio e cuidados pós-operatórios, tais como recursos pós-cirúrgicos (alojamento estável e seguro; recursos para deslocação e cuidados de seguimento), instruções sobre hábitos saudáveis (por exemplo, higiene pessoal, estilo de vida saudável, prevenção de infeções do trato urinário (ITUs) e de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Wierckx, Van Caenegem e outros., [2011](#))), precauções ou limitações pós-cirúrgicas nas atividades quotidianas (por exemplo, tomar banho, atividades físicas -, exercício, orientação nutricional, retoma da atividade sexual) (Capitán e outros., [2020](#)), retoma de

medicamentos após a cirurgia (ou seja, anticoagulantes, hormonas, etc.) e atividades detalhadas de autocuidado após a cirurgia (por exemplo, *esquemas de dilatação e lavagem após vaginoplastia*, ativação de próteses penianas, estratégias para otimizar a micção após faloplastia, recomendações sobre cuidados após transplante capilar) (Capitán e outros., [2017](#); Falcone e outros., [2018](#); Garcia, [2018](#); Hoebeke e outros., [2005](#)). Alguns aspetos das atividades de autocuidado pós-cirúrgicos podem ser abordados antes da cirurgia e reforçados após a cirurgia (Falcone et al., [2018](#)). Dado que podem ocorrer problemas como abertura de suturas, dificuldade com a dilatação e ITUs (Dy et al., [2019](#)), o período de acompanhamento pós-cirúrgico proporciona uma oportunidade para intervir, mitigar e prevenir complicações (Buncamper et al., [2016](#); Garcia, [2021](#)).

Declaração 13.4

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs confirmem que as opções de reprodução foram abordadas antes da gonadectomia, em pessoas transgénero e de género diverso.

Frequentemente, a infertilidade é uma consequência tanto da terapia hormonal de afirmação de género (temporária) como das CAG (permanente) e a preservação da fertilidade é abordada antes das intervenções médicas, das intervenções cirúrgicas ou de ambas (Defreyne, van Schuylenbergh et al., [2020](#); Jahromi et al., [2021](#); Jones et al., [2021](#)). As intervenções cirúrgicas que alteram a anatomia ou a função reprodutora podem limitar as opções reprodutivas futuras, em diferentes níveis (Nahata et al., [2019](#)). Portanto, é fundamental falar sobre o risco de infertilidade e sobre as opções de preservação da fertilidade (PF) com pessoas transgénero e respetivas famílias, antes de iniciar qualquer uma dessas intervenções e, a partir daí, de forma contínua (Hembree et al., [2017](#)).

Para recomendações específicas sobre opções reprodutivas, consulte o Capítulo 16 - Saúde Reprodutiva.

Declaração 13.5

Sugerimos que as pessoas cirurgiãs considerem propor gonadectomias a pessoas adultas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, quando houver evidência de que toleraram pelo menos 6 meses de terapia hormonal (a menos que a terapia de substituição hormonal ou a supressão gonádica não sejam clinicamente indicadas, ou que esse procedimento não seja compatível com os desejos, objetivos ou expressões de identidade de gênero específicos dessa pessoa). Para texto de apoio, ver a Declaração 13.6.

Declaração 13.6

Sugerimos que profissionais de saúde ponderem procedimentos genitais de afirmação de gênero para pessoas adultas transgênero e de gênero diverso elegíveis*, que pretendam essas intervenções, quando houver evidência de que a pessoa se tem mantido estável com o regime terapêutico em que se encontra (que pode incluir pelo menos 6 meses de terapia hormonal ou um período mais longo, se necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido, a menos que não seja pretendida terapia hormonal ou que esta esteja clinicamente contraindicada).

A THAG leva a mudanças anatômicas, fisiológicas e psicológicas. O aparecimento dos efeitos anatômicos (por exemplo, crescimento do clitóris, atrofia da mucosa vaginal) pode começar pouco tempo após o início da terapia e o efeito máximo é esperado após 1 - 2 anos (T'Sjoen et al., 2019). Dependendo do resultado cirúrgico pretendido, pode ser necessário um período de terapia hormonal mais prolongado (por exemplo, suficiente virilização clitoriana antes da metoidioplastia ou faloplastia), ou preferido, devido a motivos psicológicos,

anatômicos, ou ambos, (crescimento da mama e expansão cutânea antes do aumento mamário, amaciamento cutâneo e alterações na distribuição da gordura facial antes de CAG facial) (de Blok et al., 2021).

Para pessoas que não tomam hormonas antes das intervenções cirúrgicas, é importante que as pessoas cirurgiãs verifiquem o impacto que isso pode ter na cirurgia proposta.

Para pessoas submetidas a gonadectomia, que não estão a tomar hormonas, pode ser elaborado um plano para substituição hormonal, com a pessoa responsável pela prescrição, antes da cirurgia.

Declaração 13.7

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs ponderem intervenções cirúrgicas de afirmação de gênero para adolescentes transgênero e de gênero diverso elegíveis*, quando houver evidências de que foi utilizada uma abordagem multidisciplinar no processo de tomada de decisão, que tenha integrado profissionais de saúde geral e mental.

Há evidência robusta (ou seja, estudos observacionais (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017), revisões da literatura e pareceres de especialistas (Esteve de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), orientações definidas (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018) e uma análise de conteúdo temática (Gerritse et al., 2018), que sustentam a importância de uma abordagem multidisciplinar (ou seja, médica, de saúde mental e cirúrgica) aos cuidados de saúde transgênero.

Uma abordagem multidisciplinar é especialmente importante na gestão de problemas de saúde mental, se forem apresentados por uma pessoa TGD submetida a CAG (de Freitas et al., 2020;

Dhejne et al., [2016](#); van der Miesen et al., [2016](#)). Além disso, quem presta cuidados primários, e cuidados médicos especializados, pode ajudar a defender as decisões relativas ao momento da cirurgia, aos resultados e expectativas cirúrgicas, à gestão hormonal peri-operatória e à otimização das condições clínicas (Elamin et al., [2010](#); Hembree et al., [2017](#)).

Para recomendações específicas sobre avaliação pré-cirúrgica em adolescentes, consulte o Capítulo 6 - Adolescentes.

Declaração 13.8

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs peçam pareceres a uma equipa abrangente e multidisciplinar de profissionais da área da saúde transgénero, quando pessoas transgénero e de género diverso elegíveis* solicitarem cirurgias personalizadas (anteriormente denominadas «não convencionais») como parte de uma intervenção cirúrgica de afirmação de género.

As identidades de género podem apresentar-se ao longo de um espectro e a expressão da identidade pode variar bastante de pessoa para pessoa (Beek et al., [2015](#); Koehler et al., [2018](#)). Embora o objetivo global de um determinado procedimento inclua, geralmente a redução da disforia de género (van de Grift, Elaut et al., [2017](#)) ou a obtenção da congruência de género, as expressões de género diverso podem levar a pedidos de intervenções cirúrgicas personalizadas que algumas pessoas podem considerar «não convencionais» (Beek et al., [2015](#); Bizic et al., [2018](#)). Pedidos cirúrgicos personalizados podem ser definidos como 1) procedimentos que alterem a expressão de género de uma pessoa sem necessariamente ter como objetivo expressar um género alternativo e binário; 2) a combinação «não convencional» de procedimentos consolidados; ou 3) ambos.

Isso destina-se a apoiar o aconselhamento e a

informação da pessoa, bem como a garantir que os seus objetivos podem ser alcançados. A pessoa e quem vai realizar a cirurgia têm de trabalhar em conjunto para garantir que as expectativas da primeira são realistas e exequíveis e que as intervenções propostas são seguras e tecnicamente viáveis. A pessoa e a sua equipa cirúrgica têm de participar num processo de tomada de decisão partilhada (Cavanaugh et al., [2016](#)). Este processo de consentimento informado tem de abordar a irreversibilidade de alguns procedimentos, a natureza mais inovadora de alguns procedimentos e as poucas informações disponíveis sobre os resultados a longo prazo de alguns procedimentos.

Declaração 13.9

Sugerimos que as pessoas cirurgiãs que cuidam de homens transgénero e de pessoas de género diverso que tenham sido submetidas a metoidioplastia ou faloplastia incentivem o acompanhamento urológico ao longo da vida.

As complicações pós-cirúrgicas após metoidioplastia ou faloplastia incluem o trato urinário e a função sexual (Kang et al., [2019](#); Monstrey et al., [2009](#); Santucci, [2018](#); Schardein et al., [2019](#)). As complicações uretrais notificadas (relacionadas com o alongamento uretral) incluem estenoses uretrais 35 - 58%, fístulas uretrais 15 - 70% (Monstrey et al., [2009](#); Santucci, [2018](#); Schardein et al., [2019](#)), divertículos, mucocele, devida a resíduos vaginais, e crescimento de pelos na neouretra (Berli et al., [2021](#); Veerman et al., [2020](#)). As complicações relacionadas com a função sexual incluem ausência ou redução de sensações táteis e/ou erógenas, dificuldades com a função orgástica e complicações com próteses penianas (Kang et al., [2019](#); Santucci, [2018](#)). Prevê-se que as complicações relacionadas com próteses penianas incluam infeções (incidência de 8 - 12%), mau funcionamento, erosão uretral, extrusão cutânea e luxação da fixação óssea (Falcone

et al., [2018](#); Kang et al., [2019](#); Morrison et al., [2016](#)). Embora a maioria das complicações uretrais e prostéticas ocorra no período pós-operatório imediato e intermédio, as complicações podem ocorrer em qualquer momento. A detecção precoce pode reduzir a morbidade (por exemplo, estenoses uretrais que provocam fístulas, erosão iminente de uma prótese peniana que causa infecção e implica explante total) (Blecher et al., [2019](#)).

O acompanhamento de rotina para avaliar sinais precoces de estenose uretral (ou outros problemas urinários) inclui a medição por ecografia do resíduo pós-miccional da bexiga (para rastrear e identificar a fase de desenvolvimento da estenose da neouretra), uretrografia por fluoroscopia (para rastrear e identificar a fase de desenvolvimento das estenoses, das fístulas e dos divertículos da neouretra) e a cistouretroscopia para examinar a uretra e a bexiga. Os homens TGD também podem ter problemas urológicos sistemáticos que não têm de estar relacionados com a transição de género (cálculos urinários, hematúria e neoplasias geniturinárias; preservação da fertilidade) (Sterling & Garcia, [2020a](#), [2020b](#)).

Declaração 13.10

Recomendamos que as pessoas cirurgiãs que cuidam de mulheres transgénero e de pessoas de género diverso, que tenham sido submetidas a vaginoplastia, incentivem o seguimento por parte da pessoa cirurgiã responsável, de profissional de cuidados primários ou de ginecologista.

A vaginoplastia é um procedimento seguro (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., [2021](#)). Embora possam ocorrer complicações, a maioria é autolimitada ou pode ser tratada com pequenas intervenções (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., [2021](#)). As pequenas complicações incluem problemas como a formação de tecido de granulação, crescimento de pelo intravaginal, cicatrização retardada da ferida

ou abertura de suturas (ou ambas), preocupações estéticas, e estenose do introito vaginal (Ferrando, [2020](#); Kloer et al., [2021](#)). Apesar destas complicações serem geralmente autolimitadas, podem afetar o bem-estar da pessoa após a cirurgia. Adicionalmente, esses problemas podem não ser diagnosticados, ou podem ser mal diagnosticados, se as pessoas não tiverem acesso a cuidados de saúde prestados por profissionais com experiência na área da saúde transgénero. Recomendamos que as pessoas sejam seguidas presencialmente pela pessoa cirurgiã responsável e a intervalos regulares - por exemplo às duas semanas, aos três meses, aos seis meses e um ano após a cirurgia - embora possa ser indicado um acompanhamento mais frequente para algumas pessoas.

Devem ser prestados cuidados ginecológicos adicionais ao longo da vida da pessoa TGD, que podem ter lugar em contextos variados. Um exame especular, para verificar a existência de tecido de granulação, pelos e lesões, pode ser realizado por quem presta cuidados primários, por ginecologista ou por quem realiza a CAG, podendo ser necessário posteriormente ao período pós-operatório imediato (Grimstad, McLaren et al., [2021](#); Suchak et al., [2015](#); van der Sluis et al., [2020](#)). Após confirmação por exames laboratoriais, as ITUs, ISTs e outras flutuações no microbioma vaginal podem ser tratadas seguindo as diretrizes pertinentes, elaboradas para populações cisgénero (Hooton, [2012](#); Sherrard et al., [2018](#)). Os exames manuais da próstata são realizados com base nas diretrizes correspondentes para populações cisgénero, através do canal vaginal, dado que a próstata está localizada na parede anterior da vagina (Carter et al., [2013](#)).

Outras complicações incluem problemas como estenose do canal neovaginal, fístulas retovaginais e inflamação (vaginoplastia intestinal) (Bustos et al., [2021](#)). Estas

requerem uma combinação de tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos, com consulta e possível nova referenciação para a pessoa cirurgiã responsável, com consultoria cirúrgica adicional (ou seja, cirurgia colorretal), se necessário. Além disso, uma vez que a disfunção do pavimento pélvico pode afetar 30 - 40% das pessoas, tanto antes como depois da vaginoplastia, a disponibilidade de fisioterapeutas para o pavimento pélvico é um complemento importante no período pós-operatório (Jiang et al., [2019](#)).

Declaração 13.11

Recomendamos que as pessoas que se arrependam da sua intervenção cirúrgica relacionada com o género sejam acompanhadas por uma equipa multidisciplinar de especialistas.

A percentagem de pessoas que se arrependem da sua CAG é muito reduzida (entre 0,3% e 3,8%) (De Cuyper & Vercruysse, [2009](#); Defreyne, Motmans et al., [2017](#); Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., [2018](#); Hadj-Moussa, Ohl et al., [2018](#); Landén et al., [1998](#); Narayan et al., [2021](#); van de Grift, Elaut et al., [2018](#); Wiepjes et al., [2018](#)). A maior incidência de arrependimento foi notificada numa altura em que as técnicas cirúrgicas eram menos sofisticadas, o papel dos cuidados multidisciplinares menos reconhecido e as *Normas de Cuidados de Saúde* não existiam ou eram pouco conhecidas (Landén et al., [1998](#)). O arrependimento pode ser temporário ou permanente e pode ser

classificado como (Narayan et al., [2021](#)) arrependimento social (causado por dificuldades na vida familiar, religiosa, social ou profissional), arrependimento clínico (devido a complicações clínicas de longa duração, desapontamento com os resultados cirúrgicos ou inadequada tomada de decisão pré-cirúrgica) e verdadeiro arrependimento relacionado com o género (principalmente com base em diagnóstico incorreto, exploração insuficiente da identidade de género, ou ambos). Esta classificação está de acordo com os fatores preditivos, positivos e negativos, abordados anteriormente (De Cuyper & Vercruysse, [2009](#); Gils & Brewaeys, [2007](#); Pfäfflin & Junge, [1998](#)).

Uma equipa multidisciplinar pode ajudar a identificar a etiologia do arrependimento, bem como a estabilidade temporal do pedido cirúrgico (Narayan et al., [2021](#)). Após essa avaliação, e dependendo das circunstâncias da pessoa, podem ser indicadas intervenções médicas e/ou cirúrgicas com o objetivo de continuar a transição ou de realizar procedimentos cirúrgicos que permitam que a anatomia volte a estar de acordo com a do sexo atribuído à nascença. Para informações adicionais, consulte o Capítulo 5 - Avaliação de Pessoas Adultas.

** Para critérios de elegibilidade para adolescentes e pessoas adultas, consulte os capítulos Avaliação de Pessoas Adultas e Adolescentes e o [Anexo D](#).*

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE AFIRMAÇÃO DE GÉNERO

À medida que aumenta a compreensão da área sobre as muitas facetas da incongruência de género e à medida que a tecnologia se desenvolve, o que permite procedimentos adicionais, é imperativo perceber que esta lista não pretende ser exaustiva.

Isto é especialmente importante, tendo em consideração os intervalos de tempo, geralmente prolongados, entre as atualizações das SOC, durante os quais podem ocorrer evoluções na compreensão e nas modalidades de procedimentos.

Cirurgia Facial

Sobrancelha

- Redução da sobrancelha
- Aumento da sobrancelha
- Elevação da sobrancelha

Avanço da linha capilar e/ou transplante capilar

facelift/mid-facelift (após alteração das estruturas ósseas subjacentes)

Blefaroplastia

rinoplastia (+/- fillers)

Bochecha

lábios

maxilar inferior

Remodelação do queixo

Chondrolaringoplastia

- Platismoplastia
- *lipofilling*
- Implante
- *lipofilling*
- redução de lábio superior
- aumento dos lábios (inclui autólogo e não autólogo)
- redução do ângulo mandibular
- aumento
- osteoplástico
- aloplástico (com implante)
- Cirurgia das cordas vocais (ver capítulo sobre voz)

Cirurgia da mama ou peito

Mastectomia

- Mastectomia com preservação ou reconstrução da areola ou mamilo se for considerado clinicamente necessário para a pessoa em concreto
- Mastectomia sem preservação ou reconstrução da areola ou mamilo se for considerado clinicamente necessário para a pessoa em concreto

Lipaspiração

Reconstrução mamária (aumento)

- Implante e/ou expansor de tecidos
- autólogo (inclui técnica com retalho e *lipofilling*)

Cirurgia genital

Faloplastia (com ou sem escrotoplastia)

- Com ou sem alongamento uretral
- Com ou sem prótese (peniana e/ou testicular)
- Com ou sem colpectomia ou colpocleise
- Com ou sem alongamento uretral
- Com ou sem prótese (peniana e/ou testicular)
- Com ou sem colpectomia ou colpocleise
- Pode incluir retenção de pénis e/ou testículo
- Pode incluir procedimentos descritos como «*flat front*»

Metoidioplastia (com ou sem escrotoplastia)

Vaginoplastia (inversão, peritoneal, intestinal)

Vulvoplastia

gonadectomia

orquiectomia

Histerectomia e/ou salpingo-ooforectomia

Contorno Corporal

lipoaspiração

Implantes

Puboplastia/redução do monte púbico

- Peitoral, anca, glúteo, gêmeos

Procedimentos adicionais

Depilação: depilação do rosto, corpo e áreas genitais para afirmação de género ou como parte de um processo de preparação pré-cirúrgica. (ver declaração 15.14 sobre depilação)

- eletrólise
- Depilação a laser

tatuagem (ou seja, mamilo-areola)

transplante de útero

Transplante peniano

CAPÍTULO 14 Voz e Comunicação

Os seres humanos envolvem-se em práticas comunicacionais não apenas para trocar ideias sobre o mundo exterior, mas também para se apresentar, enquanto seres socioculturais, e para negociar formas de tratamento e de referência por parte de outras pessoas, que sejam respeitadas e lhes permitam sentir-se em segurança (Azul et al., [2022](#)). A voz humana é amplamente considerada como uma das principais modalidades que contribui para a transmissão do género, enquanto uma das dimensões da diversidade humana. No entanto, há outros aspetos e formas de comunicação (por exemplo, articulação, escolha de palavras, gestos, perceções e atribuição de significados por parte de quem ouve) que também têm de ser considerados (Azul, [2015](#); Azul & Hancock, [2020](#)). Ao longo deste capítulo, a expressão «voz e comunicação» é utilizada como uma frase que engloba as práticas de criação de significados, em que quem cada uma das pessoas que participa num encontro social se envolve, de acordo com as suas próprias necessidades, desejos, identificações e capacidades.

Apesar de ter sido uma compreensão binária de género a dominar a literatura de investigação nesta área, a abordagem recomendada neste capítulo implica uma visão amplamente inclusiva da identificação de género (por exemplo, transfeminino, transmasculino, género fluido, não binário, *genderqueer* (género queer), agénero) e a compreensão de que o género não existe isolado, mas antes que se intersecta com outros aspetos da diversidade humana (por exemplo, estatuto indígena, etnia/raça, sexualidade, capacidade ou incapacidade, fé ou religião ou espiritualidade). As recomendações deste capítulo aplicam-se a todas as pessoas transgénero e de género diverso (TGD), que procuram apoio profissional a nível de voz e comunicação,

incluindo crianças, adolescentes, pessoas adultas mais jovens e mais velhas e pessoas que pretendem transicionar ou destransicionar, independentemente das respetivas opções quanto a intervenções.

Nem todas as pessoas com TGD enfrentam dificuldades ou pretendem apoio profissional relativamente à sua voz e comunicação, mas as que o fazem, encontram, frequentemente, obstáculos no acesso aos cuidados. Embora as percentagens variem de país para país e dependam da subpopulação TGD, as estatísticas dão razão às preocupações das pessoas TGD quanto a dificuldades no acesso a serviços de voz e comunicação, no momento e na forma que os pretendem (Eyssel et al., [2017](#); James et al., [2016](#); Oğuz et al., [2021](#); Södersten et al., [2015](#); Veale et al., [2019](#)). Nestes estudos, a percentagem de pessoas TGD que pretende receber treino de voz e comunicação, ou realizar cirurgia de voz é, geralmente, superior à percentagem de pessoas que foram submetidas a essas intervenções. Com raras exceções, o acesso ao treino de voz é, habitualmente, mais frequente do que o acesso à cirurgia de voz. Para os grupos de pessoas TGD mais marginalizadas nas suas comunidades, tais como pessoas TGD de raça/etnia marginalizadas, a discriminação e a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde são ainda maiores (James et al., [2016](#); Xavier et al., [2005](#)).

O custo, o não saber onde podem ter acesso aos serviços e a indisponibilidade dos serviços são dos obstáculos mais frequentes, mencionados pelas pessoas que participaram no estudo. De acordo com estudos nos EUA (Hancock & Downs, [2021](#); Kennedy & Thibeault, [2020](#)), Turquia (Oğuz et al., [2021](#)) e Aotearoa/Nova Zelândia (Veale et al., [2019](#)), a falta de informações precisas sobre opções de serviços de voz e comunicação entre pessoas TGD é um obstáculo relevante e omnipresente nos cuidados. É de realçar

que, na Suécia, todas as pessoas TGD recebem apoio para voz e comunicação quando recebem um diagnóstico de incongruência de género (Södersten et al., [2015](#)). Adicionalmente, a receptividade cultural de quem presta os serviços está a melhorar muito lentamente (Hancock & Haskin, [2015](#); Jakomin et al., [2020](#); Matthews et al., [2020](#); Sawyer et al., [2014](#)). Hancock e Downs ([2021](#)) realizaram trabalhos preliminares para identificar obstáculos específicos quanto aos serviços de voz e comunicação e para desenvolver formas eficazes de os eliminar.

Este capítulo destina-se a disponibilizar orientações para profissionais de saúde, para que apoiem e promovam o bem-estar de todas as pessoas TGD que enfrentam dificuldades ou sentem desconforto relativamente às suas próprias práticas de voz e comunicação e/ou em relação às respostas e atribuição de significados que recebem de outras pessoas (Azul et al., [2022](#)).

Há várias abordagens diferentes que as pessoas TGD podem usar para modificar a sua voz e comunicação, quer individualmente ou em conjunto, que incluem alterações iniciadas pelas próprias pessoas, que podem ser apoiadas com recursos que as pessoas TGD usam para orientar o uso da sua voz e as suas práticas comunicacionais; mudanças comportamentais apoiadas por especialistas em voz e comunicação (doravante denominada «treino de voz e comunicação»); e mudanças como consequência de terapia hormonal androgénica e/ou cirurgia à laringe. As evidências de estudos atualmente existentes não incluem a mudança autoiniciada, mas focam-se nas três últimas abordagens.

Uma pessoa «especialista em voz e comunicação» é alguém que tem conhecimentos sobre a atividade dinâmica e contínua de quem fala e as práticas de quem

ouve, sobre intervenções profissionais relevantes, incluindo processos comportamentais, hormonais e cirúrgicos e outros processos relevantes relacionados com a biofisiologia, com a criação de significados socioculturais e com forças materiais externas (Azul & Hancock, [2020](#)). Essa pessoa especialista é capaz de realizar avaliações adequadas, que permitam informar a escolha da pessoa TGD e apoiar a exploração de metas e de opções de intervenção, fornecendo orientação, usando uma abordagem culturalmente sensível e centrada na pessoa. Adicionalmente, possui conhecimentos e capacidades sobre abordagens ao nível da intervenção comportamental da voz e da comunicação.

As práticas suscetíveis de provocar alterações comportamentais incluem: voz para falar e para cantar, *mindfulness*, relaxamento, respiração, tom e gama tonal, qualidade da voz, ressonância ou timbre, volume, projeção, expressão facial, gestos, postura, movimento, apresentar-se a outras pessoas, descrever identificações e solicitar a outras pessoas formas de tratamento culturalmente sensíveis, respostas assertivas e resilientes a erros de atribuição de género, treinar a implementação das práticas de utilização da voz e da comunicação com diferentes pessoas e em diferentes contextos do quotidiano (por exemplo, Hancock & Siegfriedt, [2020](#); Mills & Stoneham, [2017](#)).

Os serviços de voz e comunicação são disponibilizados como parte de uma abordagem coordenada e completa da saúde, incluindo o apoio às necessidades médicas, psicológicas e sociais (Södersten et al., [2015](#)); no entanto, não existem pré-requisitos (por exemplo, utilização de hormonas, intenção de realizar cirurgias ou tempo vivido num determinado papel de género). Os objetivos gerais do apoio à voz e à comunicação para pessoas TGD são:

- Educar as pessoas sobre os fatores que influenciam as práticas funcionais da voz e da comunicação e a transmissão da identidade de quem fala (pessoa que fala, pessoa que escuta, práticas profissionais, material externo, fatores biofisiológicos e socioculturais);
- Permitir que as pessoas comuniquem o seu sentido de pertença sociocultural (por exemplo, em termos de gênero), nos encontros quotidianos, de um modo que corresponda à autoapresentação que a pessoa pretende e desenvolver, manter e habituar as vozes, as qualidades vocais e as práticas de comunicação que permitam alcançar os objetivos das pessoas, de uma forma que não prejudique o mecanismo de produção da voz;
- Disponibilizar treino em produção vocal funcional para pessoas que apresentem restrições da função vocal (por exemplo, como consequência de sobrecarregar o seu mecanismo de produção vocal);
- Apoiar as pessoas no desenvolvimento da capacidade de negociar de forma assertiva as formas pretendidas de tratamento e de referência por outras pessoas (por exemplo, nomes, pronomes, títulos) e responder a atribuições erradas de forma hábil, que contribua para aumentar e manter o bem-estar da pessoa;
- Apoiar as pessoas a desenvolver as competências de resolução de problemas, necessárias para gerir a ansiedade, o stress e a disforia, em colaboração com profissionais de saúde mental; e para ultrapassar os obstáculos à prática ou à utilização, na vida real, da voz e da comunicação preferidas.
- Providenciar recursos de apoio, ou referenciar as pessoas para estes, que facilitem o desenvolvimento de competências vocais e comunicacionais, a consciência vocal e o bem-estar.
- Encaminhar ou colaborar com outras pessoas especialistas, como profissionais de

saúde mental, pessoas que realizam cirurgias da laringe e endocrinologistas, que possam ter mais condições para dar resposta às necessidades específicas da pessoa. Isto pode ser especialmente relevante nos casos em que as pessoas enfrentam desafios específicos, devidos a múltiplos obstáculos à sua saúde e bem-estar, ou quando a pessoa pretende realizar cirurgia à laringe ou terapia hormonal.

Há dois tipos de cirurgia à laringe relevantes para as populações TGD: as que se destinam a tornar a voz mais aguda (por exemplo, glotoplastia com retrodeslocamento da comissura anterior, aproximação cricotireoideia (CTA), laringoplastia de feminização, ajuste de voz assistido por laser (LAVA)) (Anderson, [2007](#); Anderson, [2014](#); Brown, [2000](#); Casado, [2017](#); Geneid, [2015](#); Gross, [1999](#); Kelly et al., [2018](#); Kanagalingam, [2005](#); Kim, [2017](#); Kim, [2020](#); Kocak, 2010; Kunachak, [2000](#); Mastronikolis, [2013](#); Mastronikolis et al., [2013](#); Matai, [2003](#); Meister, 2017; Mora, [2018](#); Neumann, 2004; Nuyen et al., [2022](#); Orloff, [2006](#); Pickuth, [2000](#); Remacle, [2011](#); Thomas & MacMillan, [2013](#); Tschan, [2016](#); Van Borsel, [2008](#); Wagner, [2003](#); Wendler, [1990](#); Yang, [2002](#)) e para tornar a voz mais grave (por exemplo, tireoplastia tipo III, injeção para aumento do volume das pregas vocais) (Bultynck et al, [2020](#); Isshiki et al., [1983](#); Kojima, et al. [2008](#); Webb et al., 2021). Os benefícios acústicos, relatados após a cirurgia para tornar a voz mais aguda, incluem aumento do tom da voz (frequência média (f_0)) e aumento da f_{Min} (a frequência mais baixa do intervalo fisiológico vocal). As classificações da autoavaliação de pessoas TGD indicam uma satisfação geral com a voz após a cirurgia, embora as pessoas que pretendam mudanças mais abrangentes na autoapresentação vocal possam necessitar de realizar intervenções comportamentais com especialistas em voz e comunicação, para além da cirurgia à laringe (Brown, Chang et al. [2021](#); Kelly et al., [2018](#);

Declarações de Recomendação

14.1- Recomendamos que especialistas em voz e comunicação avaliem a função vocal e comunicacional, tanto a existente como a pretendida, de pessoas transgênero e de gênero diverso e desenvolvam planos de intervenção adequados para as pessoas que não estão satisfeitas com as suas características vocais e comunicacionais.

14.2 - Recomendamos que especialistas em voz e comunicação, que trabalham com pessoas transgênero e de gênero diverso, recebam formação específica para desenvolver competências ao nível do apoio à função vocal, à comunicação e ao bem-estar nessa população.

14.3 - Recomendamos que profissionais de saúde, que atuam na área da saúde transgênero e que trabalham com pessoas transgênero e de gênero diverso, que não estão satisfeitas com as características da sua voz ou da sua comunicação, ponderem propor uma referência para especialistas em voz e comunicação, para apoio, avaliação e treino relacionados com a voz.

14.4 - Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com pessoas transgênero e de gênero diverso, que estejam a considerar submeter-se a cirurgia de voz, proponham referenciá-las para especialistas em voz e comunicação, que lhes possam proporcionar apoio pré e/ou pós-operatório.

14.5 - Recomendamos que profissionais de saúde, que atuam na área da saúde transgênero, informem as pessoas transgênero e de gênero diverso, que iniciam a terapia com testosterona, sobre os efeitos possíveis e variáveis que essa terapia pode ter sobre a voz e a comunicação.

Nuyen et al., [2022](#)). Durante o treino vocal, especialistas em voz e comunicação podem avaliar e abordar os possíveis danos da cirurgia para tornar a voz mais aguda. Os danos notificados causados pela cirurgia para tornar a voz mais aguda incluem problemas de voz, tais como disфония, voz fraca, limitações no intervalo vocal da fala, especialmente na gama superior (redução da f_0 Max, no intervalo fisiológico vocal), rouquidão, instabilidade vocal e redução dos valores da frequência ao longo do tempo (Kelly et al., [2018](#); Song & Jiang, [2017](#)), embora a frequência destes resultados seja inconsistente. Os estudos sobre cirurgias para tornar a voz mais grave são reduzidos. No entanto, estudos que incluíram oito pessoas TGD, que escolheram submeter-se a tireoplastia tipo III, após insatisfação persistente com a terapia hormonal (Bultynck et al., [2020](#)) e uma pessoa que recebeu injeção para aumento do volume das pregas vocais, após terapia com testosterona e treino vocal (Webb et al., [2020](#)), relataram uma redução estatisticamente significativa da frequência fundamental, considerada como tom.

A terapia com estrogénios em pessoas TGD não foi associada a mudanças de voz mensuráveis (Mészáros et al., [2005](#)), enquanto a terapia com testosterona em pessoas TGD demonstrou provocar alterações, tanto pretendidas como não

pretendidas, em aspetos da produção vocal relacionados com a função e com o gênero (Azul, [2015](#); Azul et al., [2017](#), [2018](#), 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, [2019](#); Cosyns et al., [2014](#); Damrose, [2008](#); Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. [2016](#); Hancock et al., [2017](#); Irwig et al., [2017](#); Nygren et al., [2016](#); Van Borsel et al., [2000](#); Yanagi et al., [2015](#); Ziegler et al., [2018](#)). As alterações pretendidas, associadas à terapia com testosterona, incluem tornar a voz mais grave, aumentar as atribuições masculinas feitas à voz e aumentar a satisfação com a voz. A insatisfação relatada, associada à terapia com testosterona, inclui a ausência de alterações na voz, ou esta não se tornar suficientemente grave, disфония, voz fraca, limitações da gama tonal no canto e instabilidade vocal. Estas áreas podem ser avaliadas e abordadas durante o treino vocal por especialistas em voz e comunicação.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva das evidências, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que as evidências são reduzidas e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 14.1.

Recomendamos que especialistas em voz e comunicação avaliem a função vocal e comunicacional, tanto a existente como a pretendida, de pessoas transgênero e de gênero diverso e desenvolvam planos de intervenção adequados para as pessoas que não estão satisfeitas com as suas características vocais e comunicacionais.

Especialistas em voz e comunicação podem avaliar a satisfação, através da apresentação de posicionamentos socioculturais, em encontros comunicacionais, incluindo identificações de gênero e outras identificações interseccionais, tendo em consideração que estas podem ou não manter-se estáticas ao longo do tempo; atribuições feitas por outras pessoas e de que modo estas se relacionam com as identificações, desejos e bem-estar de cada pessoa; classificações da naturalidade da voz e do discurso; e função vocal e comunicacional relativamente às exigências vocais. As avaliações podem ser de natureza variável (por exemplo, medidas dos resultados relatadas pela própria pessoa, percetivas, acústicas, aerodinâmicas, endoscópicas) de acordo com a finalidade (Davies et al., [2015](#); Leyns et al., [2021](#); Oates & Dacakis, [1983](#)). Por exemplo, a visualização da laringe é usada quando as pessoas têm um problema vocal concomitante (por exemplo, disfonia por tensão muscular) (Palmer et al., [2011](#)) ou quando apresentam dificuldades vocais, que podem ou não ser subsequentes a intervenções clínicas de afirmação de gênero, como terapia androgénica ou cirurgia da laringe (Azul et al., [2017](#)).

Especialistas em voz e comunicação informam as pessoas TGD, que pretendem realizar intervenções e que não estão satisfeitas com as características da sua voz e da sua comunicação, sobre as intervenções disponíveis, que podem apoiar as pessoas TGD relativamente à sua voz, comunicação e

bem-estar. A natureza de cada uma das opções, incluindo os possíveis resultados e a durabilidade, é apresentada de forma objetiva, para que a tomada de decisão das pessoas TGD seja feita com respeito e autonomia. Os planos de intervenção adequados são personalizados e exequíveis e devem incluir todos os serviços profissionais disponíveis. Os objetivos podem evoluir ao longo do período de apoio, à medida que a pessoa TGD explora as modificações na voz e na comunicação, avalia a sua satisfação com as alterações alcançadas e ajusta as suas metas.

Declaração 14.2.

Recomendamos que especialistas em voz e comunicação, que trabalham com pessoas transgênero e de gênero diverso, recebam formação específica para desenvolver competências ao nível do apoio à função vocal, à comunicação e ao bem-estar nessa população.

As credenciais académicas e de licença para o exercício profissional de especialistas em voz e comunicação (por exemplo, patologistas da fala e da linguagem, terapeutas da fala, pessoas professoras de canto, especialistas de técnica vocal) variam de acordo com o local, mas, habitualmente, não especificam quais os critérios para trabalhar com populações específicas. Os currículos padrão de educação formal para essas profissões geralmente não incluem formação específica ou adequada para trabalhar com populações TGD (Jakomin et al., [2020](#); Matthews et al., [2020](#)). Os conhecimentos e as competências gerais relacionadas com o mecanismo vocal e a comunicação interpessoal são fundamentais, mas, contudo, insuficientes para a prestação de cuidados de saúde, culturalmente sensíveis, centrados na pessoa, que sejam eficazes, eficientes, inclusivos e acessíveis para pessoas TGD (Hancock, [2017](#); Russell & Abrams, [2019](#)).

Profissionais desta área devem receber uma educação abrangente, que estimule o desenvolvimento do autoconhecimento, da humildade cultural e da receptividade, de modo a demonstrar respeito e sensibilidade relativamente à diversidade de género e a outros aspetos das identificações de uma pessoa, que podem assumir uma variedade de formas e implicar uma gama de diferentes necessidades de apoio (Azul, [2015](#); Azul et al., [2022](#)). As preferências de cada pessoa, relativamente à utilização de nomes, de expressões formais de tratamento, de inserção do género e de pronomes, têm de ser respeitadas em todas as comunicações com e sobre a pessoa (incluindo processos clínicos, relatórios, e-mails). A educação também necessita de fornecer informações sobre a implementação de um espaço de treino ou de práticas clínicas e administrativas, concebidas para serem acolhedoras para as pessoas TGD, permitindo que estas se sintam seguras e respeitadas, quando colocam questões ou identificam preocupações relacionadas com a equipa de apoio à voz e à comunicação.

Especialistas em voz e comunicação, que trabalham com pessoas TGD, irão necessitar de conhecimentos práticos sobre os princípios, mecanismos e eficácia da intervenção aplicável, de competências no ensino e na modelação da voz, de competências a nível da modificação da comunicação e de conhecimentos básicos sobre saúde transgénero, incluindo procedimentos hormonais e cirúrgicos e questões psicossociais específicas das pessoas trans. A educação tem de incluir metodologias e práticas desenvolvidas no seio das comunidades TGD e que tenham demonstrado ser eficazes e, preferencialmente, que sejam apresentadas por pessoas TGD, com experiência própria no apoio à voz e à comunicação, ou com a sua colaboração.

Declaração 14.3.

Recomendamos que profissionais de saúde, que atuam na área da saúde transgénero e que trabalham com pessoas transgénero e de género diverso, que não estão satisfeitas com as características da sua voz ou da sua comunicação, ponderem propor uma referência para especialistas em voz e comunicação, para apoio, avaliação e treino relacionados com a voz.

Especialistas em voz e comunicação estão numa ótima posição para disponibilizar informações e orientação, se disponíveis, a pessoas TGD que não estão satisfeitas com as características da sua voz e da sua comunicação. Há evidências de que o apoio prestado por especialistas em voz e comunicação é de tal ordem que permite a satisfação das pessoas com a voz e a comunicação, reduzindo, assim, a disforia de género e melhorando a qualidade de vida relacionada com a comunicação (Azul, [2016](#); Block, [2017](#); Deuster, Di Vincenzo et al., [2016](#); Hancock, [2017](#); Hancock et al., [2011](#); Hardy et al., 2013; Kelly et al., [2018](#); McNamara, [2007](#); McNeill et al., [2008](#); Owen & Hancock, [2010](#); Pasricha et al., [2008](#); Söderpalm et al., [2004](#); Watt et al., [2018](#)).

Há evidências empíricas de que o apoio comportamental a nível vocal, para pessoas TGD ASMAN, é eficaz quanto a alcançar as mudanças de voz pretendidas (Oates, [2019](#)). Sete estudos anteriores a 2020 fornecem evidências empíricas para a eficácia do treino vocal, embora esta seja de algum modo fraca (Carew et al., [2007](#); Dacakis, [2000](#); Gelfer & Tice, [2013](#); Hancock et al., [2011](#); Hancock & Garabedian, [2013](#); McNeill et al., [2008](#); Mészáros et al., [2005](#)). Os métodos de treino vocal nesses sete estudos foram semelhantes e indicaram que o treino vocal pode ser eficaz no aumento da frequência fundamental média (tom médio), da gama de frequências fundamentais (gama tonal), da satisfação com a voz, da autoperceção e da perceção de feminilidade vocal por parte de quem ouve,

da qualidade de vida relacionada com a voz e da participação social e profissional. As fragilidades dos estudos identificados incluem a falta de ensaios aleatorizados com controlo, que avaliem o treino vocal, a reduzida dimensão das amostras, um acompanhamento inadequado de longo prazo e a falta de controlo das variáveis de confusão. Em 2021, outra revisão sistemática dos efeitos do treino comportamental do discurso, para pessoas ASMAN, chegou a conclusões semelhantes (Leyns et al., [2021](#)).

Até há pouco tempo, quase não havia investigação que explorasse a eficácia do treino vocal com pessoas TGD ASFAN. Há, no entanto, algumas evidências de eficácia, promissoras, apesar de fracas, a partir de um estudo de caso (Buckley et al., [2020](#)) e de um estudo prospetivo não controlado de treino vocal de grupo (Mills et al., [2019](#)).

Declaração 14.4.

Recomendamos que profissionais de saúde, que trabalham com pessoas transgénero e de género diverso, que estejam a considerar submeter-se a cirurgia de voz, proponham referenciá-las para especialistas em voz e comunicação que lhe possam proporcionar apoio pré e/ou pós-operatório.

Esta declaração não pretende exigir que as pessoas TGD recebam treino vocal pré-cirúrgico. Em vez disso, é recomendado que todo o apoio disponível seja disponibilizado, de modo a proporcionar aconselhamento informativo personalizado, essencial para cuidados de saúde centrados na pessoa. A recomendação destina-se a que a avaliação da pessoa TGD seja informada, consoante necessário, através de aconselhamento informativo personalizado, com base na avaliação vocal, em experiências de treino vocal e na análise, com especialista em voz e comunicação, dos resultados vocais expectáveis e dos riscos da cirurgia.

Para a maioria dos tipos de cirurgia à laringe, o treino vocal é recomendado, tanto antes da

cirurgia, para assegurar a preparação do mecanismo vocal para a intervenção cirúrgica, como após a cirurgia, para garantir um retorno à produção da função vocal (Branski et al., [2006](#); Park et al., [2021](#)). Outro motivo pelo qual é recomendada uma experiência de treino vocal, em especial na cirurgia para tornar a voz mais aguda, é a existência de indicações de que determinadas medidas melhoram com o treino, mas não com a cirurgia para tornar a voz mais aguda (por exemplo, fatores relevantes para a entoação e a naturalidade, como a f_0 máxima do tom na gama do discurso; Kelly et al., [2018](#)).

Atualmente, o número e a qualidade dos estudos de investigação, que avaliam cirurgias para tornar a voz mais grave, são insuficientes, especialmente no que diz respeito à comparação de resultados com e sem outras intervenções (ou seja, testosterona) (Bultynck et al., [2020](#)). Existem mais técnicas e estudos sobre cirurgias para tornar a voz mais aguda, mas a qualidade das evidências ainda permanece reduzida. Os resultados das cirurgias para tornar a voz mais aguda foram comparados com os resultados de não realizar nenhuma cirurgia (Anderson, [2007](#), [2014](#); Brown et al., [2000](#); Geneid et al., [2015](#); Gross, [1999](#); Kim, [2017](#); Kocak et al., [2010](#); Kunachak et al., [2000](#); Matai et al., [2003](#); Meister et al., [2017](#); Neumann & Welzel, [2004](#); Orloff et al., [2006](#); Pickuth et al., [2000](#); Remale et al., [2011](#); Thomas & Macmillan, [2013](#); Tschan et al., [2016](#); Van Borsel et al., [2008](#); Yang et al., [2002](#)), de outro tipo de técnica cirúrgica (Mora, [2018](#)), de apenas treino vocal (Kanagalingam, [2005](#); Mastronikolis, [2013](#); Wagner, [2003](#)) e de cirurgia em combinação com treino vocal (Casado, [2017](#); Kelly et al., [2018](#)). Nos 11 estudos que notificaram se quem participava tinha tido treino vocal antes da cirurgia para tornar a voz mais aguda, a maioria das pessoas tinha tido treino vocal prévio, mas, dado que

continuava insatisfeita com a voz, decidiu realizar a intervenção cirúrgica. Consequentemente, a maioria dos estudos sobre resultados cirúrgicos reflete os efeitos combinados do treino vocal e da intervenção cirúrgica.

Não são conhecidos atributos que permitam prever quais as pessoas que irão realizar a cirurgia após o treino.

Declaração 14.5.

Recomendamos que profissionais de saúde, que atuam na área da saúde transgênero, informem as pessoas transgênero e de gênero diverso, que iniciam a terapia com testosterona, sobre os efeitos possíveis e variáveis que essa terapia pode ter sobre a voz e a comunicação.

A investigação sobre os efeitos da terapia androgénica sobre a voz e a comunicação de pessoas TGD aponta para efeitos diversos e imprevisíveis, dependendo de cada pessoa. Apesar de haver diversos estudos, que revelaram efeitos sobre a voz, que correspondiam às expectativas e desejos das pessoas TGD, há evidências de alta qualidade que demonstram que as pessoas TGD nem sempre ficam satisfeitas com os resultados vocais da terapia com testosterona e muitas sentem dificuldades, como redução inadequada do tom, comprometimento da qualidade vocal, volume da voz, resistência vocal, gama tonal e flexibilidade (Azul, [2015](#), [2016](#), [2017](#), [2018](#); Cosyns et al., [2014](#); Nygren et al., [2016](#); Ziegler et al., [2018](#)).

Uma meta-análise recente de 19 estudos, que examinaram os efeitos de pelo menos 1 ano de terapia com testosterona, calculou que 21% das pessoas participantes não atingiram as frequências masculinas cisgênero típicas, 21% das pessoas participantes relataram congruência incompleta entre a voz e o gênero e problemas vocais e 16% não ficaram totalmente satisfeitas com a sua voz (Ziegler, [2018](#)).

Para pessoas que pretendem realizar terapia com androgénios, o aconselhamento informativo, antes de iniciar o tratamento, deve permitir a construção de expectativas realistas, de modo a evitar uma decepção quanto ao impacto permanente da terapia hormonal na voz e na comunicação. Além disso, pessoas TGD que não têm acesso a terapia com testosterona, ou que não a pretendem realizar, mas que pretendem alterar a voz e as que não estão satisfeitas com os resultados da terapia com testosterona podem ser aconselhadas por especialista em voz e comunicação, sobre as opções alternativas e adicionais de apoio (por exemplo, treino comportamental da voz e da comunicação; cirurgia para tornar a voz mais grave).

CAPÍTULO 15 Cuidados Primários

Os cuidados primários constituem a mais ampla área dos cuidados de saúde e são definidos como a «prestação de serviços de saúde, integrados e acessíveis, por profissionais de saúde, que são responsáveis por dar resposta a uma grande maioria das necessidades pessoais de cuidados de saúde, criando uma parceria sustentada com as pessoas e exercendo no contexto familiar e comunitário». (Institute of Medicine, 1996).

Os cuidados de saúde primários são prestados por uma grande variedade de profissionais de saúde, que prestam esses cuidados, incluindo profissionais de medicina geral e familiar, de enfermagem, de enfermagem de prática avançada, de apoio ou assistência clínica e profissionais a realizar o internato. Profissionais de cuidados primários possuem diferentes formações académicas, treino e especialidades. Tendo em consideração o nível do grau académico e a natureza da especialidade, o âmbito da prática varia e nem todas as pessoas que prestam cuidados podem possuir a formação ou as qualificações necessárias para prestar diretamente toda a variedade de cuidados de saúde transgénero, tais como saúde mental, cuidados genitais ou pélvicos ou cuidados pós-operatórios, após procedimentos de afirmação de género. Quem presta cuidados médicos ou outros cuidados de saúde recebe muito pouca formação sobre saúde transgénero e de género diverso (TGD), nas diversas fases do seu percurso formativo (Dubin et al., [2018](#)) e, conseqüentemente, a maioria das competências são, atualmente, adquiridas na prática, quer seja de forma informal ou através de breves oportunidades de formação contínua, consulte também o Capítulo 4 - Educação.

No entanto, se as pessoas que prestam cuidados possuírem as competências para prestar cuidados semelhantes a pessoas

cisgénero, devem desenvolver competências para prestar cuidados a pessoas TGD. As competências indicadas abaixo devem ser entendidas como estando dentro do âmbito da licença e da prática de quem presta os cuidados. No entanto, todas as pessoas que prestam cuidados primários devem ser capazes de gerir, de forma abrangente, a saúde de pessoas TGD, quer diretamente, quer através de referenciação adequada para outras pessoas profissionais de saúde, para avaliação e tratamento, incluindo outras pessoas especialistas. Não há nenhuma evidência de que as competências para cuidar de pessoas TGD só possam ser obtidas através de um processo formal ou de certificação. Contudo, se as competências recomendadas forem explicitamente indicadas, profissionais de cuidados primários e pessoas TGD podem partilhar um conjunto padrão de expectativas sobre os conhecimentos, as capacidades e as competências culturais necessárias para o cuidado de pessoas TGD, independentemente dos contextos.

Devido às condições médicas, cirúrgicas e sociais específicas que as pessoas TGD enfrentam, profissionais de cuidados primários necessitam de competências distintas para os cuidados de saúde prestados a pessoas TGD, para além do que é esperado de todas as pessoas que prestam cuidados primários e que já os podem prestar a populações diversas, incluindo minorias étnicas, raciais ou sexuais. Os organismos profissionais de diversas áreas genéricas emitiram declarações de posição e diretrizes específicas sobre os cuidados de saúde para pessoas TGD (American College of Obstetricians and Gynecology, [2021](#); Italian Society of Gender, Identity and Health (SIGIS); the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS); the Italian Society of Endocrinology (SIE), [2021](#); Polish Sexological Society, [2021](#); the Southern African HIV Clinicians' Society,

2021). Wylie e colegas (2016) afirmam que «Na sua maioria, a saúde e o bem-estar gerais das pessoas transgénero devem ser cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários, sem diferenciação dos serviços disponibilizados às pessoas cisgénero (não transgénero), para questões de saúde física, psicológica e sexual. Os cuidados específicos para a transição de género também são possíveis no âmbito dos cuidados de saúde primários.» Existem muitos exemplos destes serviços, prestados com segurança e eficácia, fora do atendimento especializado, em diversas cidades, como Toronto e Vancouver no Canadá, Nova Iorque e Boston nos EUA e Sydney, na Austrália, (Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

Terapia Hormonal

A questão de saber se as pessoas TGD recebem terapia hormonal de afirmação de género (THAG), clinicamente necessária, por parte de alguém especialista, por exemplo, endocrinologista, ou por parte de profissional de cuidados primários, pode depender da disponibilidade de profissionais com conhecimentos e empatia e de fatores a nível nacional, tais como regulamentos sobre o financiamento dos cuidados de saúde (ver declaração clinicamente necessária, no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1). Em grande parte do mundo, os serviços especializados para pessoas TGD estão, parcial ou totalmente, indisponíveis, o que reforça a necessidade de todas as pessoas profissionais de saúde realizarem formação sobre a prestação de cuidados de saúde de afirmação do género. Em alguns países, pode ser obrigatório o encaminhamento de pessoas TGD, por profissionais de cuidados primários, para serviços especializados (por exemplo, clínicas de identidade de género), o que resulta em atrasos inaceitáveis no acesso a THAG (Royal College of General

Practitioners, 2019).

A terapia hormonal engloba uma série de intervenções, como a supressão da puberdade e o início do processo hormonal ou a sua manutenção. Com formação, a terapia hormonal de afirmação de género pode ser gerida pela maioria de profissionais de cuidados primários. Independentemente de atuarem como principais prescritoras das hormonas, todas as pessoas que prestam cuidados primários devem estar familiarizadas com os medicamentos, com a monitorização recomendada e com os possíveis efeitos secundários associados à THAG (consulte o Capítulo 12 - Terapia hormonal). No caso de não prestarem serviços relacionados com a transição, devem ser capazes de referenciar corretamente para profissionais que o façam.

Este capítulo defende o argumento de que a THAG pode ser prescrita por profissionais de cuidados primários, ou por outras pessoas não especialistas - «Tendo em consideração os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde e a importância da THAG para esta população, é imperativo que profissionais de cuidados primários sejam capazes e estejam disponíveis para proporcionar THAG a pessoas TGD». (Shires, 2017).

De um modo geral, é pedido a profissionais de cuidados primários que prestem cuidados de saúde numa vasta gama de condições e necessidades, incluindo aquelas em que tenham pouca ou nenhuma experiência prévia. Frequentemente, isso implica aceder a fontes de referência muito utilizadas e facilmente disponíveis, tais como diretrizes de associações profissionais, ou obter uma subscrição para bases de conhecimentos *online*. Recomendamos que profissionais de cuidados primários utilizem uma abordagem semelhante, quando lhes forem pedidos cuidados básicos de THAG, usando as Normas de Cuidados de Saúde, bem como outros recursos de fácil acesso (Cheung et al.,

[2019](#); Hembree et al., [2017](#); Oliphant et al., [2018](#); T'Sjoen et al., [2020](#)). Deve ser realçado que a maioria dos medicamentos, geralmente usados em esquemas de afirmação de gênero, é familiar à prática diária de cuidados primários, incluindo, entre outros, testosterona, estradiol, progesterona e outros progestagénios e espironolactona.

Saúde Mental

Profissionais de cuidados primários devem ser capazes e estar disponíveis para avaliar e disponibilizar apoio a nível de saúde mental, para pessoas TGD, bem como THAG, que pode aliviar a disforia de gênero e permitir a expressão de gênero. No mínimo, devem ter conhecimento dessas necessidades e consultar apoio especializado adicional, se necessário.

Cuidados preventivos

Profissionais de medicina geral e familiar têm conhecimentos para disponibilizar informação sobre prevenção primária e secundária do cancro, como parte dos cuidados primários de rotina. As diretrizes sobre prevenção oncológica, baseadas na evidência, variam a nível global, devido a diferenças nas diretrizes nacionais e nos níveis de acesso às modalidades de rastreio a nível local. Até ao momento, a investigação sobre o impacto a longo prazo da THAG sobre o risco de cancro é limitada (Blondeel et al., 2016; Braun et al., [2017](#)). Não temos evidência suficiente para estimar a prevalência do cancro da mama, nem dos órgãos reprodutores, em populações TGD (Joint et al., [2018](#)).

No entanto, o rastreio oncológico deve ser iniciado, de um modo geral, de acordo com as diretrizes locais. Mais à frente, são analisadas em detalhe diversas modificações, dependendo do tipo e da duração da utilização de hormonas, da intervenção cirúrgica, ou de ambas. Na prestação de cuidados a pessoas transgénero, profissionais de cuidados primários devem manter um registo atualizado dos órgãos que continuam presentes nas pessoas TGD, para que possa ser disponibilizado o rastreio de rotina adequado.

Esse inventário de órgãos deve ser atualizado com base no historial cirúrgico, ou em qualquer desenvolvimento que tenha ocorrido devido à toma de hormonas de afirmação de gênero. Nem todas as pessoas que prestam cuidados primários o fazem ao longo da vida. No entanto, se prestam sistematicamente cuidados a crianças, adolescentes ou pessoas idosas cisgénero, devem desenvolver competências em cuidados de saúde para pessoas transgénero, que sejam aplicáveis a esses grupos etários. Se não o puderem fazer, devem ser capazes de referenciar adequadamente para outras pessoas profissionais de saúde que prestem cuidados a essas populações.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declarações de Recomendação

15.1 - Recomendamos que profissionais de saúde obtenham um historial clínico detalhado das pessoas transgénero e de género diverso, que inclua a utilização, passada e presente, de hormonas, as cirurgias gonádicas, bem como a presença de fatores de risco cardiovasculares e cerebrovasculares tradicionais, com o objetivo de realizar avaliações regulares do risco cardiovascular, de acordo com as diretrizes estabelecidas e usadas localmente.

15.2 - Recomendamos que profissionais de saúde avaliem e façam a gestão da saúde cardiovascular em pessoas transgénero e de género diverso, usando uma avaliação personalizada de fatores de risco e métodos de gestão cardiovascular ou cerebrovascular.

15.3 - Recomendamos que profissionais de saúde adaptem os instrumentos de cálculo de risco, baseadas no sexo, usados para avaliar as condições de saúde, às necessidades das pessoas transgénero e de género diverso, tendo em consideração a duração do uso de hormonas, a posologia, os níveis séricos de hormonas, a idade atual e a idade em que teve início a terapia hormonal.

15.4 - Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgénero e de género diverso sobre os hábitos tabágicos e aconselhem a abstinência de tabaco ou nicotina, antes da cirurgia de afirmação de género.

15.5 - Recomendamos que profissionais de saúde discutam e abordem, com as pessoas transgénero e de género diverso, as preocupações psicológicas, clínicas, sociais e relacionadas com o envelhecimento.

15.6 - Recomendamos que profissionais de saúde sigam as diretrizes locais para rastreio do cancro da mama, desenvolvidas para mulheres cisgénero, quando prestam cuidados de saúde a pessoas transgénero e de género diverso, a quem tenham sido administrados estrogénios, tendo em consideração a duração da utilização das hormonas, a posologia, a idade atual e a idade em que teve início a terapia hormonal.

15.7 - Recomendamos que profissionais de saúde sigam as diretrizes locais de rastreio do cancro da mama, desenvolvidas para mulheres cisgénero, na prestação de cuidados de saúde a pessoas transgénero e de género diverso, que tenham mamas devido à puberdade natural e que não tenham sido submetidas a cirurgia do peito de afirmação de género.

15.8 - Recomendamos que profissionais de saúde apliquem as mesmas diretrizes locais de rastreio pertinentes (incluindo a recomendação para não realizar rastreio), desenvolvidas para mulheres cisgénero, com risco médio a elevado para desenvolver cancro do ovário ou do endométrio, às pessoas transgénero e de género diverso que apresentem os mesmos riscos.

15.9 - Recomendamos que não sejam realizadas sistematicamente ooforectomias nem hysterectomias, apenas com a finalidade de prevenir o cancro do útero ou dos ovários, em pessoas transgénero e de género diverso, submetidas a terapia com testosterona e que apresentem um risco médio de malignidade.

15.10 - Recomendamos que profissionais de saúde disponibilizem rastreio do cancro do colo do útero para pessoas transgénero e de género diverso, que tenham no momento, ou tenham tido anteriormente, um colo do útero, de acordo com as diretrizes locais para mulheres cisgénero.

15.11 - Recomendamos que profissionais de saúde informem as pessoas transgénero e de género diverso que o uso de medicamentos antirretrovirais não constitui uma contra-indicação para a terapia hormonal de afirmação de género.

15.12 - Recomendamos que profissionais de saúde obtenham uma história clínica detalhada de pessoas transgénero e de género diverso, que inclua a utilização passada e presente de hormonas, as cirurgias gonádicas, bem como a presença de fatores de risco tradicionais para osteoporose, de modo a avaliar a idade ideal e a necessidade de rastreio para osteoporose.

15.13 - Recomendamos que profissionais de saúde discutam a saúde óssea com pessoas transgénero e de género diverso, incluindo a necessidade de exercícios ativos com carga, de um regime alimentar saudável e de suplementação com cálcio e vitamina D.

15.14 - Recomendamos que profissionais de saúde proporcionem o encaminhamento de pessoas transgénero e de género diverso para depilação do rosto, corpo e zonas genitais, para afirmação de género, ou como parte de um processo de preparação pré-operatória

Declaração 15.1

Recomendamos que profissionais de saúde obtenham um historial clínico detalhado, das pessoas transgénero e de género diverso, que inclua a utilização, passada e presente, de hormonas, as cirurgias gonádicas, bem como a presença de fatores de risco cardiovasculares e cerebrovasculares tradicionais, com o objetivo de realizar avaliações regulares do risco cardiovascular, de acordo com as diretrizes estabelecidas e usadas localmente. Para texto de apoio, ver a Declaração 15.3.

Declaração 15.2

Recomendamos que profissionais de saúde avaliem e façam a gestão da saúde cardiovascular em pessoas transgénero e de género diverso, usando uma avaliação personalizada de fatores de risco e métodos de gestão cardiovascular ou cerebrovascular. Para texto de apoio, ver a Declaração 15.3.

Declaração 15.3

Recomendamos que profissionais de saúde adaptem os instrumentos de cálculo de risco, baseados no sexo, usados para avaliar

as condições de saúde, às necessidades das pessoas transgénero e de género diverso, tendo em consideração a duração do uso de hormonas, a posologia, os níveis séricos de hormonas, a idade atual e a idade em que teve início a terapia hormonal.

A doença cardiovascular (DCV) e o acidente vascular cerebral (AVC) são as principais causas de mortalidade em todo o mundo (World Health Organization, [2018](#)). Dados extensivos de minorias raciais, étnicas e sexuais, em contextos diversos, demonstram disparidades significativas na prevalência de DCV e dos respetivos fatores de risco, assim como nos resultados de intervenções médicas. Fatores estruturais, tais como acesso a cuidados de saúde, condição socioeconómica e carga alostática, relacionados com o stress das minorias, contribuem para essas disparidades (Flentje et al., [2020](#); Havranek et al., [2015](#); Streed et al., [2021](#)). Frequentemente, as pessoas TGD apresentam condições sociais, económicas e discriminatórias semelhantes a outras populações minoritárias, cujo aumento do risco cardiovascular é conhecido (Carpenter et al., [2020](#); James et al., [2016](#); Reisner, Radix et al., [2016](#)). As pessoas TGD de minorias raciais, étnicas e sexuais demonstraram sentir um maior impacto relacionado com o stress interseccional. Inversamente, o acesso a cuidados de saúde de afirmação de género, incluindo THAG, pode proporcionar proteção contra o aumento do risco de DCV, devido à melhoria da qualidade de vida e à redução da disforia e incongruência de género (Defreyne et al., [2019](#); Martinez et al., [2018](#)). Profissionais de cuidados primários podem melhorar significativamente a saúde de pessoas TGD, através do rastreio e da prevenção da DCV e das condições de risco associadas – como hábitos tabágicos, diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia e obesidade.

Os poucos estudos, principalmente baseados nos EUA, que avaliam a prevalência de DCV,

de AVC ou de risco para DCV em pessoas TGD, independentemente da THAG, indicam um risco CV elevado, incluindo taxas elevadas de fatores de risco CV, não diagnosticados e não tratados, e uma prevenção CV inadequada, comparativamente com populações cisgénero (Denby et al., [2021](#); Malhotra et al., [2022](#); Nokoff et al., [2018](#)). Num estudo de base populacional, as pessoas TGD apresentaram maior probabilidade de discriminação, de perturbação psicológica e de experiências negativas na infância que, por sua vez, foram associadas ao aumento da probabilidade de ter uma doença cardiovascular (Poteat et al., [2021](#)).

Nos estudos dos EUA, que são baseados em dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais, tanto homens transgénero como mulheres transgénero apresentam uma prevalência superior de enfarte do miocárdio (EM), de AVC ou de qualquer DCV, comparativamente a homens cisgénero, a mulheres cisgénero ou a ambos. Os resultados variam com base no ajuste de dados para variáveis adicionais, incluindo fatores como raça, rendimento ou risco cardiovascular (Alzahrani et al., [2019](#); Cáceres et al., [2020](#); Nokoff et al., [2018](#)). As pessoas de género não binário também apresentam maior probabilidade de DCV (Downing & Przedworski, [2018](#)). Não foram recolhidos dados sobre a utilização de hormonas nestes estudos, que também são limitados devido à utilização de antecedentes de saúde autorrelatados. Nos EUA, as pessoas TGD, que se apresentam para realizar THAG, podem ter taxas superiores de fatores de risco para DCV, não diagnosticados e não tratados, comparativamente com a população cisgénero (Denby et al., [2021](#)), embora isso possa não ser aplicável a nível global.

Um grande estudo de caso-controlo de 2018, realizado em vários centros nos EUA, que usou controlos cisgénero emparelhados,

numa proporção de 10 para 1, não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas taxas de EM ou de AVC, entre mulheres transgénero e homens cisgénero, nem nenhuma diferença nas taxas de EM, de AVC ou de tromboembolismo venoso (TEV) entre homens transgénero e homens ou mulheres cisgénero. Verificou-se um risco relativo (RR), estatisticamente significativo, de 1,9 para TEV, em mulheres transgénero, quando comparadas com homens cisgénero. Uma subcoorte de mulheres transgénero, que iniciaram THAG durante (comparativamente a antes de) a janela de estudo de 6 anos, não mostrou um aumento do risco para AVC. Aumentos nas taxas de TEV, na coorte geral de mulheres transgénero, e nas taxas de AVC, na subcoorte de início de mulheres transgénero, apresentaram estimativas de números necessários para causar danos (não notificados no artigo) entre 71 e 123 (Getahun et al., [2018](#)). Outros estudos não demonstraram qualquer aumento de eventos CV ou de AVC, em homens transgénero a fazer terapia com testosterona, embora os estudos sejam limitados, devido à reduzida dimensão da amostra, a um período de acompanhamento relativamente curto e a uma idade mais jovem da população amostral (Martinez et al., [2020](#); Nota et al., [2019](#)).

Estudos europeus e americanos, em mulheres transgénero, que tiveram acesso a THAG de feminização, indicam cada vez mais um risco superior de DCV, de AVC, ou de ambos, comparativamente com mulheres cisgénero e, em alguns estudos, com homens cisgénero (Getahun et al., [2018](#); Nota et al., [2019](#); Wierckx et al., [2013](#)). Muitos desses estudos apresentaram limitações significativas, tais como ajuste variável para fatores de risco CV, amostras de pequena dimensão - especialmente envolvendo mulheres transgénero mais velhas - e duração e tipos variáveis de THAG (Connelly et al., [2019](#); Defreyne et al., [2019](#),

Martinez et al., [2020](#)). Além disso, o aumento de risco global foi pequeno. Em muitos desses estudos, a maioria das mulheres transgénero, que sofreu eventos cardíacos ou AVC, tinha mais de 50 anos de idade, apresentava um ou mais fatores de risco para DCV e estava a realizar diversos esquemas hormonais, incluindo, entre outros, etinilestradiol, um estrogénio sintético que contribui significativamente para o aumento do risco trombótico e não é recomendado para utilização em esquemas de feminização (Gooren et al., [2014](#); Martinez et al., [2020](#)). Atualmente, o número reduzido de evidências sugere que a THAG à base de estrogénios está associada a um aumento do risco de enfarte do miocárdio e de AVC, mas não é claro se este pequeno risco é uma consequência da THAG ou um efeito de um risco CV preexistente. Não há estudos conhecidos que abordem especificamente as DCV e condições relacionadas em pessoas não binárias, que usam doses subfisiológicas de hormonas de afirmação de género, ou em pessoas adultas, previamente submetidas a terapia de supressão da puberdade.

Profissionais de cuidados primários podem abordar melhor o risco para DCV durante a THAG, através da avaliação de pessoas TGD, relativamente a DCV e a fatores de risco modificáveis para a DCV, tais como diabetes mellitus, hipertensão, hiperlipidemia, obesidade e hábitos tabágicos, bem como abordando o impacto do stress das minorias sobre o risco cardiovascular (Streed et al., [2021](#)). Além disso, profissionais de cuidados primários podem mitigar as disparidades a nível da saúde cardiovascular em pessoas transgénero, através de um diagnóstico atempado e do tratamento de condições de risco e adaptando a gestão de modo a apoiar as intervenções de afirmação de género em curso.

As diretrizes de avaliação de risco variam consoante o contexto nacional ou internacional e a afiliação científica de quem

elabora as diretrizes. As diretrizes de prevenção de DCV também variam quanto à natureza e à frequência da avaliação de risco em outras pessoas adultas, com menos de 40 anos de idade e saudáveis quanto ao resto, (Arnett et al., [2019](#); Piepoli et al., [2020](#); Précoma et al., [2019](#); Streed et al., [2021](#); WHO, [2007](#)). Acima dos 40 anos, quando o risco cardiovascular aumenta, as diretrizes recomendam claramente avaliações de risco programadas, usando uma previsão calculada do risco total para DCV a dez anos, com base em equações de previsão de risco, obtidas a partir de grandes amostras populacionais. Exemplos de instrumentos de cálculo ou previsão do risco incluem o SCORE (recomendado pelas Diretrizes Europeias sobre Prevenção de DCV), as Equações de Coortes Agrupadas (2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk - Diretrizes para a Avaliação do risco de DCV da Sociedade Americana de Cardiologia/Associação Americana do Coração 2013), a Escala de Risco de Framingham e os Gráficos de Previsão de Risco da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os gráficos da OMS foram desenvolvidos com base em informações dos países de cada sub-região. Em muitos contextos de baixos recursos, não existe capacidade para medição do colesterol ou da glicose sérica e há gráficos de previsão alternativos sem essas medidas.

É importante notar que todos os instrumentos atuais, para cálculo do risco cardiovascular, dependem do gênero e usam o sexo como variável de risco significativa. Atualmente, não há dados suficientes sobre intervenções com risco cardiovascular, ao longo da vida de pessoas TGD, submetidas a intervenções clínicas e cirúrgicas, que permitam ajustar essas equações de previsão. No entanto, não há dúvidas de que tanto o sexo atribuído à nascença como a transição médica podem afetar os parâmetros usados para calcular o risco cardiovascular

(Connelly et al., [2019](#); Defreyne et al., [2019](#); Maraka et al., [2017](#); Martinez et al., [2020](#)). Quem presta cuidados pode adotar diversas abordagens, para utilizar os instrumentos de cálculo ou de previsão do risco em pessoas TGD, incluindo a utilização do instrumento de cálculo de risco para o sexo atribuído à nascença, para o gênero afirmado ou autodeterminado, ou uma média ponderada dos dois, tendo em consideração a exposição total a THAG ao longo da vida. Embora faltem dados, é provável que a utilização do gênero afirmado ou autodeterminado para adultos transgênero, com historial de início de THAG na puberdade, seja o mais adequado. Pessoas com antecedentes de utilização submáxima de THAG, ou com períodos longos sem substituição hormonal, após a gonadectomia, antes dos 50 anos de idade (aproximadamente), podem precisar de uma abordagem ainda mais subtil. Quem presta cuidados deve ter conhecimentos sobre as características e as limitações do instrumento de cálculo do risco utilizado e deve incluir as pessoas a quem presta esses cuidados na tomada de decisão partilhada, relativamente a esses aspetos específicos.

Atualmente, não há estudos que comparem a prevalência de dislipidemia entre amostras transgênero e cisgênero, com controlo da utilização hormonal. Tal como observado anteriormente, os dados noutras populações demonstram que a presença de stress psicossocial, durante a infância e as fases iniciais da idade adulta, favorece a obesidade e compromete o metabolismo lipídico. A THAG, tanto à base de testosterona como de estrogénios, afeta o metabolismo lipídico, embora a evidência seja limitada, devido à diversidade de esquemas hormonais e a variáveis adicionais (Connelly et al., [2019](#); Defreyne et al., [2019](#); Deutsch, Glidden et al., [2015](#); Maraka et al., [2017](#); Martinez et al., [2020](#)). Resumindo, os estrogénios tendem a aumentar o colesterol de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e os triglicéridos, com

efeitos variáveis sobre o colesterol de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), enquanto a testosterona afeta, de modo variável, os triglicéridos, diminui o colesterol HDL e aumenta o colesterol LDL. O modo de administração também pode afetar esse padrão, especialmente no que diz respeito ao estrogênio oral *versus* transdérmico e ao respectivo impacto sobre os triglicéridos (Maraka et al., [2017](#)). De um modo geral, os tamanhos do efeito dessas diferenças são mínimos e o impacto global sobre os resultados cardiovasculares e cerebrovasculares não é claro. Não há estudos que examinem os efeitos das hormonas em pessoas TGD, com dislipidemia preexistente, que iniciem as hormonas depois dos 50 anos de idade, nem que investiguem os efeitos para além de 2-5 anos de terapia.

Faltam estudos que comparem a prevalência de hipertensão entre amostras TGD e cisgénero, com controlo da utilização hormonal. Os dados em outras populações demonstram que o stress psicossocial, crónico e agudo, incluindo experiências de discriminação, pode influenciar a hipertensão (Din-Dzietham et al., [2004](#); Spruill, [2010](#)). Em estudos nos EUA, que foram baseados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais, um inquérito de saúde de grande dimensão nos EUA, não se verificaram diferenças na hipertensão notificada em homens ou mulheres transgénero, comparativamente com amostras cisgénero (Alzahrani et al., [2019](#); Nokoff et al., [2018](#)).

Estudos sobre THAG, com testosterona e estrogénios, demonstraram efeitos inconsistentes sobre a pressão arterial sistólica e diastólica. Um estudo retrospectivo sobre os efeitos dos esquemas de THAG, à base de estrogénios e testosterona, sobre a pressão arterial, encontrou uma ligeira redução na pressão arterial sistólica com o início dos esquemas à base de estrogénios;

embora se verificasse um ligeiro aumento (4 mmHg) na pressão arterial sistólica média, no acompanhamento a longo prazo, em esquemas à base de testosterona, essa diferença encontrava-se no limite do significado estatístico e apresentava uma relevância clínica reduzida (Banks et al., [2021](#)). Tendo em consideração a baixa qualidade dos estudos, uma revisão sistemática concluiu que não há dados suficientes para tirar conclusões sobre os efeitos da terapia hormonal de afirmação de género sobre a pressão arterial (Connelly et al., [2021](#)). A espironolactona, frequentemente utilizada como bloqueador de androgénios, na THAG de feminização, é um diurético poupador de potássio e pode aumentar os níveis de potássio, quando usada conjuntamente com inibidores da ECA, ou com bloqueadores dos recetores da angiotensina, bem como com substitutos de sal. Não há estudos que examinem os efeitos das hormonas em pessoas TGD, com hipertensão preexistente, que iniciem as hormonas depois dos 50 anos de idade, nem que investiguem os efeitos para além de 2-5 anos de terapia. As pessoas transgénero que realizam THAG devem ser submetidas a todos os rastreios ou monitorizações adicionais da pressão arterial indicados pelas diretrizes da WPATH sobre THAG.

Existem poucos dados que comparem a prevalência de diabetes mellitus entre amostras TGD e cisgénero, independentemente da utilização de hormonas. Dados recentes do estudo de coorte STRONG (Islam et al., [2021](#)) descobriram que a prevalência e a incidência de diabetes tipo 2 eram mais frequentes na coorte transfeminina, comparativamente com mulheres cisgénero, mas não com controlos cisgénero masculinos. Não foram observadas diferenças significativas na prevalência nem na incidência de diabetes tipo 2 na coorte transmasculina, nem nas pessoas TGD em geral, após o início da terapia hormonal. No entanto, o

acompanhamento médio para ambas as coortes foi de 2,8 e 3,1 anos, respetivamente (Islam et al., [2021](#)). Dados em outras populações, incluindo minorias sexuais, indicam que o stress psicossocial, crónico e agudo, pode influenciar o desenvolvimento e o controlo da diabetes tipo 2 (Beach et al., [2018](#); Kelly & Mubarak, 2015).

Estudos dos EUA, baseados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais, não encontraram diferenças na diabetes notificada em homens transgénero, mulheres transgénero e pessoas não binárias, comparativamente com pessoas cisgénero (Alzahrani et al., [2019](#); Cáceres et al., [2020](#); Nokoff et al., [2018](#)). Vários pequenos estudos demonstraram uma prevalência superior à esperada para síndrome dos ovários policísticos ou para hiperandrogenemia, em homens transgénero (Feldman et al., [2016](#)), condições associadas à insulinoresistência e ao risco de diabetes. Embora estudos sobre THAG, tanto à base de testosterona como de estrogénios, mostrem efeitos variáveis sobre o peso/gordura corporal, o metabolismo da glucose e a insulinoresistência (Defreyne et al., [2019](#)), a maioria não demonstra nenhum aumento da pré-diabetes ou da diabetes (Chan et al., [2018](#); Connelly et al., [2019](#)). Não há estudos que examinem os efeitos das hormonas em pessoas TGD, com diabetes preexistente, que iniciem as hormonas depois dos 50 anos de idade, nem que investiguem os efeitos para além de 2-5 anos de terapia. Atualmente, não há estudos que abordem especificamente a diabetes em pessoas adultas, previamente submetidas a supressão da puberdade.

Embora estudos de resultados intermédios, sobre os efeitos da THAG na pressão arterial e nos lípidos, sejam úteis para a colocação de hipóteses e para o estudo da etiologia, os estudos futuros devem concentrar-se nos resultados cardiovasculares com interesse, com um foco específico nas variáveis preditivas individuais, tais como idade, via

de administração e dose de hormonas utilizadas e exposição total a THAG ao longo da vida. A interpretação dos dados deve ter sempre em consideração se os controlos cisgénero tinham o mesmo sexo atribuído à nascença ou o mesmo género identificado.

Declaração 15.4

Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgénero e de género diverso sobre os hábitos tabágicos e aconselhem a abstinência de tabaco ou nicotina, antes da cirurgia de afirmação de género.

Os hábitos tabágicos são um dos principais causadores de doença cardiovascular, doença pulmonar e cancro a nível mundial (World Health Organization, [2020](#)). As pessoas TGD apresentam uma prevalência superior de hábitos tabágicos, comparativamente com pessoas cisgénero, que varia ao longo de todo o espectro de género (Azagba et al., [2019](#); Buchting et al., [2017](#)). Este padrão é consistente com outras populações que sofrem de stress das minorias (Gordon et al., [2021](#)). Profissionais de cuidados primários podem promover fatores de proteção contra os hábitos tabágicos, incluindo reduzir a exposição a discriminação pessoal ou estrutural, ter uma identificação que afirme o género e ter seguro de saúde (Kidd et al., [2018](#); Shires & Jafee, 2016).

Os riscos para a saúde dos hábitos tabágicos afetam desproporcionalmente as pessoas TGD, principalmente devido ao menor acesso a rastreios acessíveis e culturalmente idóneos e ao tratamento de doenças relacionadas com o tabaco (Shires & Jafee, 2016). O tabagismo pode aumentar ainda mais o risco cardiovascular e o risco para TEV, em pessoas TGD que fazem THAG de feminização (Hontscharuk, Alba, Manno et al., [2021](#)). Fumar também duplica ou triplica o risco para complicações cirúrgicas gerais, tais como cicatrização, formação de cicatrizes

e infecção (Yoong et al., [2020](#)) e aumenta estes riscos para as pessoas que realizam cirurgias de afirmação de género. Os dados em populações cisgénero mostram que parar de fumar antes da cirurgia e manter a abstinência durante um período de seis semanas, no pós-operatório, reduz significativamente as complicações (Yoong et al., [2020](#)).

Atualmente, há poucos estudos sobre programas para deixar de fumar, especificamente dirigidos a pessoas TGD (Berger & Mooney-Somers, [2017](#)). No entanto, a pouca evidência existente sugere que profissionais de cuidados primários podem apoiar os esforços para deixar de fumar, se abordarem os efeitos do stress das minorias (Gamarel et al., [2015](#)) e incorporarem intervenções de afirmação de género, como a THAG (Myers & Safer, 2016). Profissionais de saúde devem ter em consideração as enormes dificuldades com que se deparam as pessoas habituadas à nicotina, quando tentam deixar de fumar. Deve ser disponibilizada terapia de substituição de nicotina e/ou outros processos adjuvantes para deixar de fumar, com ênfase nas preferências individuais e no reconhecimento dos fatores subjacentes de saúde comportamental, que contribuem para o uso continuado de nicotina. O processo de tomada de decisão, relativamente às abordagens à THAG ou à cirurgia, deve incluir a ponderação do princípio da não-maleficência «*primum non nocere*» (em primeiro lugar, não prejudicar) da prática médica, perante as circunstâncias das capacidades e necessidades de cada pessoa, individualmente.

Declaração 15.5

Recomendamos que profissionais de saúde discutam e abordem, com as pessoas transgénero e de género diverso, as preocupações psicológicas, clínicas, sociais e relacionadas com o envelhecimento.

O envelhecimento apresenta desafios sociais, físicos e mentais específicos para pessoas TGD. Embora a literatura sobre envelhecimento e seniores transgénero seja limitada, muitas pessoas adultas TGD, mais velhas, passaram a vida inteira a serem alvo de estigmatização, discriminação e repressão do género com que se identificavam (Fabre & Gaveras, [2020](#); Witten, [2017](#)). Essa experiência afeta as interações das pessoas TGD seniores com os sistemas de saúde (Fredriksen-Goldsen et al., [2014](#); Kattari & Hasche, [2016](#); Walker et al., [2017](#)). As pessoas transgénero seniores têm maior probabilidade, do que pares LGB cisgénero, de reportar má saúde física, mesmo quando os fatores sociodemográficos são controlados (Fredriksen-Goldsen [2011](#); Fredriksen-Goldsen et al., [2014](#)). O acesso reduzido a cuidados culturalmente idóneos e as sequelas do stress das minorias causam, frequentemente, atrasos nos cuidados de saúde, com probabilidade de exacerbar condições crónicas próprias do envelhecimento (Bakko & Kattari, [2021](#); Fredriksen-Goldsen et al., [2014](#)).

Embora existam poucos estudos sobre intervenções médicas de afirmação de género entre seniores TGD, a evidência sugere que as pessoas adultas mais velhas obtêm uma qualidade de vida, significativamente melhor, com a transição médica, mesmo quando comparadas com pessoas adultas TGD mais jovens (Cai et al., [2019](#)). Embora a idade em si mesma não constitua uma contraindicação absoluta, nem uma limitação, para intervenções médicas ou cirúrgicas de afirmação de género, as pessoas seniores TGD podem não ter conhecimento sobre a variedade de opções sociais, médicas ou cirúrgicas atualmente disponíveis, que as podem ajudar a satisfazer as suas necessidades individuais (Hardacker et al., [2019](#); Houlberg, [2019](#)).

Embora os estudos sobre saúde mental em pessoas seniores TGD sejam limitados, as

que têm mais de cinquenta anos de idade apresentam taxas significativamente superiores de sintomas depressivos e de stress percebido, comparativamente com pessoas adultas mais velhas LGB cisgénero e heterossexuais (Fredriksen-Goldsen [2011](#), Fredriksen-Goldsen et al., [2014](#)). Fatores de risco específicos de seniores TGD incluem discriminação relacionada com o género e a idade, stress geral, ocultação da identidade, vitimização e estigma internalizado, enquanto o apoio social e o sentimento de pertença à comunidade parecem ser protetores (Fredriksen-Goldsen et al., [2014](#); Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, [2017](#); White Hughto & Reisner, [2018](#)). Profissionais de cuidados primários podem ajudar as pessoas, estimulando a espiritualidade, a autoaceitação e a autorrepresentação e um estilo de vida saudável e ativo; todos fatores associados à resiliência e ao envelhecimento bem-sucedido (McFadden et al., [2013](#); Witten, [2014](#)). As pessoas seniores TGD enfrentam, frequentemente, isolamento social, perda de sistemas de apoio e afastamento de amizades próximas e de crianças (Fredriksen-Goldsen [2011](#); Witten, [2017](#)). As preocupações mais frequentes relativas ao envelhecimento, entre pessoas TGD, são perder a capacidade de cuidar de si mesmas, seguida de ter de ir para um lar ou de viver em unidades de autonomia assistida (Henry et al., [2020](#)). Embora as unidades de cuidados continuados disponibilizem assistência útil e necessária, também têm potencial para que as pessoas sofram abuso físico ou emocional, para que lhes seja recusada THAG e cuidados de rotina, para que sejam «outed» (expostas e impedidas de viver e de se vestir de acordo com o género afirmado/autodeterminado (Auldrige et al., [2012](#); Pang et al., [2019](#); Porter et al., [2016](#)). As pessoas seniores TGD identificam a habitação para seniores, os transportes, os eventos sociais e os grupos de apoio como sendo os serviços mais necessários (Auldrige et al., [2012](#); Witten, [2014](#)).

Apesar dos obstáculos, a maioria das pessoas TGD desfruta de um envelhecimento bem-sucedido, reforçado pela autoaceitação, por relacionamentos afetivos e pela defesa dos direitos (Fredriksen-Goldsen [2011](#); Witten, [2014](#)). Profissionais de cuidados primários devem abordar as principais questões de saúde que as pessoas seniores TGD enfrentam, incluindo saúde mental, intervenções médicas de afirmação de género, apoio social e cuidados continuados ou paliativos.

Para além do impacto independente de fatores como o stress das minorias e de determinantes sociais da saúde nos últimos anos de vida, faltam dados sobre problemas de saúde específicos, com que se deparam as pessoas transgénero que fazem THAG, em fases posteriores da vida, as que iniciam a THAG numa idade mais jovem e as que pretendem continuar ou iniciar a THAG após os sessenta, os setenta, os oitenta anos ou ainda mais tarde. Com uma percentagem crescente de pessoas transgénero a iniciar a THAG em idades mais jovens, incluindo algumas que a iniciam durante a puberdade, os estudos para analisar o impacto de décadas dessa terapia sobre a saúde a longo prazo são cada vez mais importantes.

Declaração 15.6

Recomendamos que profissionais de saúde sigam as diretrizes locais para rastreio do cancro da mama, desenvolvidas para mulheres cisgénero, quando prestam cuidados de saúde a pessoas transgénero e de género diverso, a quem tenham sido administrados estrogénios, tendo em consideração a duração da utilização das hormonas, a posologia, a idade atual e a idade em que teve início a terapia hormonal.

As pessoas TGD que fazem THAG à base de estrogénios irão desenvolver mamas e, portanto, têm de ser consideradas para o rastreio do cancro da mama. O estrogénio

exógeno pode ser um dos múltiplos fatores que contribuem para o risco de cancro da mama em pessoas cisgénero. Foram publicados dois estudos de coorte, que avaliaram a prevalência de cancro da mama em mulheres transgénero, nos Países Baixos (Gooren et al., [2013](#)) e nos EUA (Brown & Jones, [2015](#)). Foram ambos realizados com coortes retrospectivas de amostras clínicas, usando um diagnóstico de cancro da mama como desfecho e controlos cisgénero como grupo de comparação. Nenhum dos estudos incluiu rastreio prospetivo para cancro da mama e ambos apresentavam limitações metodológicas significativas. Foram publicadas inúmeras diretrizes (Deutsch, [2016a](#)) a recomendar alguma combinação de «idade mais duração da exposição ao estrogénio» como o determinante da necessidade de iniciar o rastreio. Essas recomendações são baseadas apenas no consenso de especialistas e são fracas do ponto de vista da evidência.

Apesar de as mutações BRCA1 e 2 aumentarem o risco de cancro da mama, não é claro qual o papel desempenhado pela exposição à hormona sexual, caso exista, no aumento deste risco (Rebbeck et al., [2005](#)). O grau de aumento do risco, se existir, da terapia com estrogénios para afirmação de género, é desconhecido. As pessoas com uma mutação BRCA1 conhecida devem ser advertidas sobre estas incertezas, devendo ocorrer uma tomada de decisão partilhada, com consentimento informado, entre a pessoa e quem presta cuidados, reconhecendo os inúmeros benefícios da THAG.

O rastreio do cancro da mama em mulheres transgénero também deve ter em consideração a probabilidade de as mamas de uma mulher transgénero apresentarem maior densidade na mamografia. Mamas com maior densidade, antecedentes de injeção nas mamas com *fillers* (materiais de preenchimento), como o silicone e implantes

mamários, podem complicar a interpretação dos resultados das mamografias (Sonnenblick et al., [2018](#)). Consequentemente, devem ser utilizadas técnicas especiais, em conformidade. As pessoas que injetaram partículas, tais como silicone ou outros *fillers* (materiais de preenchimento), para aumento mamário, também podem desenvolver complicações, como lipogranulomas esclerosantes, que obscurecem o tecido normal na mamografia ou na ecografia.

Declaração 15.7

Recomendamos que profissionais de saúde sigam as diretrizes locais de rastreio do cancro da mama, desenvolvidas para mulheres cisgénero, na prestação de cuidados de saúde a pessoas transgénero e de género diverso, que tenham mamas, devido à puberdade normal, e que não tenham sido submetidas a cirurgia do peito de afirmação de género.

Para as pessoas TGD a quem foi atribuído sexo feminino à nascença e que desenvolveram mamas devido à puberdade natural, existem preocupações teóricas sobre se a exposição direta à testosterona e a exposição a estrogénios aromatizados (resultantes da aromatização de androgénios), derivados da terapia com testosterona, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama. Os poucos dados retrospectivos existentes não demonstraram aumento do risco para cancro da mama em homens transgénero (Gooren et al., [2013](#) ; Grynberg et al., [2010](#)), porém faltam dados prospetivos e comparativos. A maioria das pessoas neste grupo ainda terá algum tecido mamário remanescente e, portanto, é importante que quem presta cuidados de saúde tenha conhecimento de que o risco para cancro da mama não é nulo nesta população. Atualmente, ainda não se encontram definidos nem o momento nem a abordagem para o rastreio ao cancro da mama neste grupo, que realizou cirurgia ao

peito, e, tal como com homens cisgênero com antecedentes familiares significativos ou com mutação do gene BRCA, pode ser adequado um rastreio com ressonância magnética ou ecografia. Dado que a utilidade e o desempenho destas abordagens não foram estudados e porque os exames de rastreio ao peito ou mama, realizados pelas próprias pessoas ou por profissionais de saúde, não são recomendados em mulheres cisgênero, devido a possíveis danos, tanto por resultados falsos positivos, como por excesso de deteção (deteção de um cancro que teria regredido por si só, sem necessidade de intervenção), qualquer abordagem ao rastreio neste grupo deve ocorrer no contexto da tomada de decisão partilhada, entre as pessoas e quem lhes presta cuidados, relativamente aos possíveis danos, benefícios e fatores desconhecidos dessas abordagens.

Declaração 15.8

Recomendamos que profissionais de saúde apliquem as mesmas diretrizes locais de rastreio pertinentes (incluindo a recomendação para não realizar rastreio), desenvolvidas para mulheres cisgênero, com risco médio a elevado para desenvolver cancro do ovário ou do endométrio, às pessoas transgênero e de género diverso que apresentem os mesmos riscos.

As atuais diretrizes de consenso não recomendam o rastreio de rotina para cancro do ovário em mulheres cisgênero. Foram notificados casos de cancro do ovário em homens transgênero (Dizon et al., [2006](#); Hage et al., [2000](#)). Atualmente, não há evidência de que a terapia com testosterona provoque um aumento do risco para cancro do ovário, embora faltem estudos prospetivos de longo prazo (Joint et al., [2018](#)).

Declaração 15.9

Recomendamos que não sejam realizadas sistematicamente ooforectomias nem

histerectomias, apenas com a finalidade de prevenir o cancro do útero ou dos ovários, em pessoas transgênero e de género diverso, submetidas a terapia com testosterona e que apresentem um risco médio de malignidade.

Pessoas TGD com ovários, que realizam THAG à base de testosterona, estão frequentemente num ciclo oligo-ovulatório ou anovulatório, ou apresentam alterações na função da fase lútea e na produção de progesterona. Esta circunstância, combinada com o possível aumento de exposição a estrogénios, derivados da aromatização da testosterona exógena, suscita preocupações quanto à exposição, excessiva ou sem oposição, do endométrio a estrogénios, embora o significado clínico seja desconhecido. Estudos histológicos do endométrio em pessoas TGD, que tomam testosterona, identificaram atrofia em vez de hiperplasia (Grimstad et al., [2018](#); Grynberg et al., [2010](#); Perrone et al., [2009](#)). Numa coorte de grande dimensão, de pessoas transmasculinas, que foram submetidas a histerectomia com ooforectomia, foi observada histopatologia ovárica benigna em todos os casos (n = 85) (Grimstad et al., [2020](#)). Embora faltem dados de resultados prospetivos, não há evidência suficiente, neste momento, que sustente uma recomendação para que homens transgênero sejam submetidos a histerectomia ou ooforectomia de rotina, apenas para prevenir o cancro do endométrio ou do ovário. Obviamente que os sinais ou sintomas sem explicação de cancro do endométrio ou do ovário devem ser devidamente avaliados.

Declaração 15.10

Recomendamos que profissionais de saúde disponibilizem rastreio do cancro do colo do útero para pessoas transgênero e de género diverso, que tenham no momento, ou tenham tido anteriormente, um colo do útero, de acordo com as diretrizes locais para mulheres cisgênero.

Pessoas que tenham um colo do útero devem ser submetidas a rastreio e prevenção de rotina para cancro do colo do útero, de acordo com as práticas e as diretrizes regionais, baseadas na idade. O que inclui a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) e o rastreio, de acordo com as diretrizes locais, incluindo, se disponível, o coteste de citologia mais tipagem HPV de alto risco. É importante que profissionais de saúde estejam conscientes de que devem realizar os exames pélvicos com espéculo de um modo que minimize a dor e o desconforto das pessoas transgénero masculinas.

As pessoas TGD com colo do útero têm menor probabilidade de ter realizado um rastreio convencional para o cancro do colo do útero, seja porque o exame pode causar agravamento da disforia e/ou porque profissionais de medicina geral e familiar, e as próprias pessoas, não possuem informação correta sobre a necessidade de realizar esse rastreio (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Além disso, a terapia com testosterona pode provocar alterações atróficas do aparelho reprodutor e a duração da utilização de testosterona tem sido associada a uma maior probabilidade de obter uma amostra inadequada para rastreio citológico do cancro do colo do útero (Peitzmeier et al., 2014). As alternativas aos exames especulares e à citologia do colo do útero (Papanicolau), como os esfregaços, realizados pela própria pessoa ou por profissional de saúde, para recolha de amostras para deteção de HPV de alto risco, podem ser especialmente úteis para o rastreio de pessoas com colo do útero. Há estudos em curso nos EUA, que investigam a utilização de testes para o HPV de alto risco, com amostras vaginais autocolhidas, em populações transgénero masculinas. Os esfregaços para HPV demonstraram ter uma elevada aceitação junto de homens transgénero, com uma sensibilidade para o HPV de alto risco de 71,4% (valor preditivo negativo de 94,7%) e uma especificidade de

98,2% (Reisner et al., 2018). São necessários mais estudos para avaliar os efeitos negativos do rastreio primário de HPV em homens transgénero, em termos do potencial aumento de efeitos negativos associados a exames invasivos e colposcopias.

Declaração 15.11

Recomendamos que profissionais de saúde informem as pessoas transgénero e de género diverso que o uso de medicamentos antirretrovirais não constitui uma contra-indicação para a terapia hormonal de afirmação de género.

A prevalência do vírus da imunodeficiência humana (VIH) é desproporcionadamente elevada em populações TGD. Uma meta-análise recente, de grande dimensão, identificou um rácio de probabilidades global para a infeção por VIH de sessenta e seis para pessoas transfemininas e de 6,8 para pessoas transmasculinas (Stutterheim et al., 2021). Quem presta cuidados primários dispõe de oportunidades únicas para proporcionar formação essencial e para implementar estratégias de prevenção, especialmente relacionadas com a diminuição da carga viral de VIH entre pessoas TGD. A desconfiança relativamente a quem presta cuidados de saúde, devido a experiências anteriores de discriminação e transfobia, afeta a prevenção do VIH e quebra a ligação aos cuidados de saúde (Sevelius et al., 2016). A estigmatização, a falta de formação adequada e as hierarquias de poder inatas, no seio das estruturas clínicas, contribuem todas para a ambivalência e a incerteza entre profissionais de saúde quando prestam cuidados a pessoas TGD (Poteat et al., 2013). Finalmente, a falta de inclusão e de práticas de afirmação de género, em contexto de prestação de cuidados de saúde, pode fazer com que as pessoas TGD se sintam inseguras para abordar temas sensíveis, como o diagnóstico de VIH, e com que evitem os cuidados por receio (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016;

Seelman et al., [2017](#)).

Profissionais de saúde devem ter consciência desse contexto mais alargado, em que muitas pessoas TGD procuram cuidados de saúde, quer para hormonas de afirmação de género, para quimioprofilaxia ou tratamento pré-exposição (PrEP) para VIH, ou para ambas. Pode haver vários equívocos sobre a segurança de tomar hormonas de afirmação de género concomitantemente com terapêutica antirretroviral para quimioprofilaxia ou tratamento do VIH.

Os estudos diretos sobre interações entre antirretrovirais e terapia hormonal de afirmação de género (TARV/THAG) têm sido reduzidos. Uma subanálise de mulheres transgénero e de pessoas transfemininas, no ensaio multinacional iPrEx, identificou uma baixa eficácia neste grupo, na análise da intenção de tratar, embora a eficácia tenha sido semelhante à de homens gays cisgénero, para participantes transgénero que cumpriram a terapêutica tal como prescrita, o que sugere que a implantação e a adesão à PrEP, nesta população, ainda constituem um desafio. Dois estudos sobre os efeitos da THAG sobre o difosfato de tenofovir (Grant et al., 2021) e sobre difosfato de tenofovir e emtricitabina (Shieh et al., [2019](#)) descobriram ser muito pouco provável que os níveis significativamente reduzidos de fármacos TARV tenham algum significado clínico. De um modo geral, os dados sobre as interações entre contraceptivos hormonais e antirretrovirais são tranquilizadores em termos do impacto das hormonas sobre a TARV (Nanda et al., [2017](#)). Dado que o estradiol é parcialmente metabolizado pelas enzimas do citocromo P450, CYP3A4 e CYP1A2, podem existir potenciais interações medicamentosas com outros medicamentos que induzam ou inibam essas vias, tais como os inibidores não nucleósidos da transcriptase reversa (INNTRs), por exemplo, efavirenz (EFV) e nevirapina (NVP)) (Badowski et al., [2021](#)). No entanto,

os esquemas de TARV de primeira linha, preferidos na maioria dos países, incluem inibidores da integrase, que apresentam poucas ou nenhuma interações medicamentosas com hormonas de afirmação de género e podem ser usados com segurança (Badowski, [2021](#); Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). Se houver preocupação sobre possíveis interações, os níveis hormonais no sangue devem ser monitorizados por profissionais de saúde, consoante necessário. Portanto, as pessoas TGD, que vivem com VIH, e tomam medicamentos antirretrovirais, devem ser informadas de que é seguro tomar antirretrovirais juntamente com a THAG.

Declaração 15.12

Recomendamos que profissionais de saúde obtenham uma história clínica detalhada de pessoas transgénero e de género diverso, que inclua a utilização passada e presente de hormonas, as cirurgias gonádicas, bem como a presença de fatores de risco tradicionais para osteoporose, de modo a avaliar a idade ideal e a necessidade de rastreio para osteoporose. Para texto de apoio, ver a Declaração 15.13.

Declaração 15.13

Recomendamos que profissionais de saúde discutam a saúde óssea com pessoas transgénero e de género diverso, incluindo a necessidade de exercícios ativos com carga, de um regime alimentar saudável e de suplementação com cálcio e vitamina D.

Tanto os estrogénios como a testosterona promovem a formação e a remodelação óssea. A diminuição dos níveis de hormonas sexuais está associada a um maior risco para osteoporose, em idades mais avançadas (Almeida et al., [2017](#)). As pessoas TGD podem ser submetidas a intervenções médicas e/ou cirúrgicas, com potencial para influenciar a saúde óssea, tais como terapia

hormonal, bloqueio androgénico e gonadectomia. Consequentemente, é necessária uma história clínica detalhada, incluindo a utilização, passada e presente, de hormonas e as eventuais cirurgias gonádicas, para definir a necessidade de rastreio para a osteoporose.

Vários estudos observacionais compararam a densidade mineral óssea (DMO) de pessoas adultas TGD, antes e depois da terapia hormonal de afirmação de género, com controlos cisgénero, emparelhados por sexo atribuído à nascença.

A DMO reduzida pode existir antes do início das hormonas. Um estudo mostrou uma DMO superficial média no colo do fémur, na anca total e na coluna vertebral, mais baixa em mulheres transgénero do que em controlos masculinos cisgénero, emparelhados por idade (Van Caenegem, Taes et al., [2013](#)). Outro estudo revelou uma prevalência elevada de baixos índices de DMO em jovens TGD, antes de iniciar os bloqueadores da puberdade (Lee, Finlayson et al., [2020](#)). Ambos os estudos concluíram que taxas reduzidas de atividade física podem ser um fator importante para esses resultados.

A aceleração da perda óssea pode ocorrer após uma gonadectomia, se as hormonas forem interrompidas, ou se os níveis hormonais forem insuficientes. Num estudo, trinta por cento das mulheres transgénero, submetidas a gonadectomia, apresentavam baixa massa óssea, que se correlacionava com níveis inferiores de $17\text{-}\beta$ estradiol e de cumprimento da THAG (Motta et al., [2020](#)).

A investigação sobre os efeitos da THAG na DMO revelou que as mulheres TGD, que receberam terapia com estrogénios, apresentaram melhorias na DMO. Uma revisão sistemática e meta-análise sobre o impacto das hormonas sexuais na saúde óssea de pessoas transgénero, incluiu 9 estudos elegíveis em mulheres transgénero

(n = 392) e 8 estudos elegíveis em homens transgénero (n = 247), publicados entre 2008 e 2015. A meta-análise revelou que mulheres transgénero apresentam um aumento estatisticamente significativo da DMO na coluna lombar (mas não da DMO no colo do fémur), comparativamente com os valores basais. Em homens transgénero, não se verificaram alterações estatisticamente significativas na DMO da coluna lombar, do colo do fémur e da anca total, aos 12 e aos 24 meses após o início da testosterona, comparativamente com os valores basais (Singh-Ospina et al., [2017](#)). Desde a publicação deste estudo, o estudo ENIGI (*European Network for Investigation of Gender Incongruence* - Rede Europeia para a Investigação da Incongruência de Género), um estudo observacional, prospetivo e multicêntrico (Bélgica, Noruega, Itália e Países Baixos), publicou resultados sobre índices de DMO para 231 mulheres transgénero e 199 homens transgénero, um ano após o início da THAG (Wiepjes et al., [2017](#)). As mulheres transgénero apresentaram um aumento da DMO na coluna lombar, na anca total e no colo do fémur e, em homens transgénero, verificou-se um aumento da DMO na anca total. Um estudo não notificou fraturas em pessoas transgénero, aos 12 meses após o início das hormonas, em 53 homens transgénero e em 53 mulheres transgénero (Wierckx, van Caenegem et al., [2014](#)). Não há nenhum estudo que sugira que a THAG deva constituir uma indicação para um maior rastreio da osteoporose. Pelo contrário, os intervalos na THAG, nas pessoas submetidas a gonadectomia prévia, devem ser motivo para esse rastreio.

As diretrizes de prática clínica incluem recomendações para rastreio de osteoporose em pessoas TGD (Deutsch, [2016a](#); Hembree et al., [2017](#); Rosen et al., [2019](#)). Para pessoas TGD, tanto a Sociedade Internacional de Densitometria Clínica como a Sociedade de Endocrinologia sugerem que sejam tidos em

consideração os valores basais do rastreo da DMO antes do início das hormonas. As recomendações adicionais para o rastreo da DMO baseiam-se em vários fatores, incluindo o sexo atribuído à nascença e a idade, juntamente com a presença de fatores de risco tradicionais para a osteoporose, como fraturas prévias, uso de medicamentos de alto risco, condições associadas à perda óssea e baixa massa corporal (Rosen et al., [2019](#)). Especificamente, as diretrizes da ISCD afirmam que a densitometria óssea é indicada para pessoas TGD, se tiverem antecedentes de gonadectomia ou de terapia que reduza os níveis endógenos de esteroides gonadais, antes do início da THAG, de hipogonadismo sem planos para fazer THAG ou se tiverem indicações conhecidas para realizar densitometria óssea (Rosen et al., [2019](#)). No entanto, a base de evidência para estas recomendações é fraca.

A modalidade de rastreo recomendada para a osteoporose é a absorciometria por raios X de energia dupla (DXA) da coluna lombar, da anca total e do colo do fémur (Kanis, [1994](#)). No entanto, em muitos países de baixo e médio rendimento, as densitometrias ósseas com DXA não estão disponíveis e o rastreo de rotina com DXA é realizado em poucos países, sendo os EUA uma exceção.

Profissionais de cuidados primários devem analisar formas de otimizar a saúde óssea em conjunto com as pessoas TGD. Adicionalmente, profissionais de cuidados primários devem fornecer informações sobre a importância da nutrição e do exercício para a manutenção da saúde óssea. Pessoas TGD com (ou em risco de) osteoporose devem ser informadas sobre os benefícios do exercício com carga, juntamente com exercícios de força e resistência, para reduzir a perda óssea (Benedetti et al., [2018](#)). A nutrição é essencial para a saúde óssea. As deficiências de nutrição, incluindo a ingestão insuficiente de cálcio e níveis reduzidos de vitamina D, podem ter como consequência uma

mineralização óssea reduzida. A suplementação com vitamina D e cálcio demonstrou reduzir a incidência de fraturas da anca e a incidência total de fraturas (Weaver et al., [2016](#)). Embora sendo relevante para todas as populações, esta abordagem é pertinente, dada a elevada prevalência de hipovitaminose D observada em populações TGD (Motta et al., [2020](#); Van Caenegem, Taes et al., [2013](#)).

Declaração 15.14

Recomendamos que profissionais de saúde proporcionem o encaminhamento de pessoas transgénero e de género diverso para depilação do rosto, corpo e zonas genitais, para afirmação de género, ou como parte de um processo de preparação pré-operatória.

A depilação é necessária tanto para a eliminação de pelos faciais (Marks et al., [2019](#)), como para a preparação para determinadas cirurgias de afirmação de género (GAS), tais como vaginoplastia, faloplastia e metoidioplastia (Zhang et al., [2016](#)). A depilação definitiva pré-operatória é necessária para qualquer área da pele que venha a estar em contacto com a urina (por exemplo, usada para construir uma neouretra) ou que seja colocada no interior de uma cavidade corporal parcialmente fechada (por exemplo, usada para revestir a neovagina) (Zhang et al., [2016](#)). As técnicas de depilação, usadas nos cuidados de saúde de afirmação de género, são a depilação por eletrólise e a depilação a laser (Fernandez et al., [2013](#)). Atualmente, a depilação por eletrólise é o único método aprovado pela *Food and Drug Administration* dos EUA para depilação definitiva, ao passo que a depilação a laser está aprovada para redução definitiva dos pelos (Thoreson et al., [2020](#)).

A depilação por eletrólise implica a utilização de uma corrente elétrica, com uma sonda muito fina, que é inserida, manual e sequencialmente, em folículos capilares

individuais (Martin et al., 2018). Uma vez que este método utiliza a destruição mecânica direta do fornecimento de sangue ao pelo, pode ser usado em todas as cores de pelo e tipos de pele (Martin et al., 2018). A depilação por eletrólise é morosa e dispendiosa, dado que necessita que cada folículo capilar seja tratado individualmente, mas é eficaz na depilação definitiva. Para a depilação definitiva na zona genital, antes da CAG, este procedimento tem de ser realizado por profissional com experiência em depilação genital, já que este método é diferente do rosto e do corpo. A depilação por eletrólise é mais dolorosa do que a depilação a laser, com possíveis efeitos secundários, como eritema, formação de crostas e inchaço (Harris et al., 2014). A hiperpigmentação pós-inflamatória é um risco para pessoas com pele escura (Richards & Meharg, 1995). A dor pode ser controlada com anestesia tópica local e técnicas de arrefecimento e a tolerância à depilação por eletrólise aumenta até certo ponto, havendo muitas pessoas capazes de tolerar sessões mais longas (Richards & Meharg, 1995).

A depilação a laser utiliza energia laser para atingir os folículos capilares. É vantajosa para superfícies maiores. O mecanismo em que se baseia é a fototermólise, em que a luz de um laser é seletivamente dirigida para a melanina na haste capilar (Gao et al., 2018). Essa energia é convertida em calor, que danifica os folículos dentro da pele que produzem os pelos, resultando na destruição do crescimento do pelo. São necessários tratamentos adicionais para alcançar melhores resultados e, habitualmente, são realizados com seis semanas de intervalo, para permitir o ciclo capilar (Zhang et al., 2016). Dado que a depilação a laser tem como alvo a melanina, os resultados podem ser limitados para pessoas com pelos grisalhos, loiros ou ruivos. Há aspetos específicos a ter em consideração para utilizar depilação a laser em pessoas com pele escura (tipos de pele IV a VI de Fitzpatrick) (Fayne et al.,

2018)). O teor mais elevado de melanina na epiderme pode competir com o cromóforo alvo da luz ou do laser, que é a melanina na haste capilar do folículo capilar. Para que ocorra termólise seletiva, o calor difunde-se a partir da haste capilar até às células estaminais dos folículos para causar danos. Em tipos de pele mais escuras, em vez de atingir a melanina alvo na haste capilar, a luz é absorvida na epiderme, onde é convertida em calor. Isso pode ter como consequência piores resultados clínicos e uma taxa superior de efeitos adversos induzidos termicamente, tais como hipo ou hiperpigmentação, formação de bolhas e formação de crostas (Fayne et al., 2018). A seleção do comprimento de onda do laser é fundamental para reduzir esse risco, sendo recomendados comprimentos de onda mais longos para minimizar a absorção de luz pela melanina epidérmica e, desse modo, maximizar a eficácia e minimizar os efeitos adversos em pessoas com pele escura (Zhang et al., 2016). Os efeitos secundários da depilação a laser podem incluir sensação de queimadura solar após o tratamento, bem como inflamação, vermelhidão, hiperpigmentação e inchaço. Sabe-se que as luzes intermitentes induzem convulsões em pessoas suscetíveis, pelo que as pessoas devem ser rastreadas quanto a esse risco. A dor e o desconforto durante o procedimento também podem constituir um obstáculo significativo e profissionais de cuidados primários devem estar disponíveis para prescrever analgésicos tópicos ou sistémicos, tais como uma mistura eutética de anestésicos locais (EMLA) ou uma dose reduzida de um opioide sistémico. Para CAG genitais, há quem recomende um intervalo de 3 meses após o último procedimento planeado de depilação antes de avançar com a cirurgia, para confirmar que não irá ocorrer novo crescimento de pelos (Zhang et al., 2016).

CAPÍTULO 16 Saúde Reprodutiva

Todos os seres humanos, incluindo as pessoas transgênero, detêm o direito reprodutivo de decidir se querem ou não ter filhos (United Nations Population Fund, [2014](#)). As terapias hormonais de afirmação de gênero (THAG) e as intervenções cirúrgicas, clinicamente necessárias (ver declaração clinicamente necessário no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1), que alteram a anatomia ou a função reprodutora, podem limitar as futuras opções reprodutivas, a diferentes níveis (Hembree et al., [2017](#); Nahata et al., [2019](#)). Portanto, é fundamental falar sobre o risco de infertilidade e sobre as opções de preservação da fertilidade (PF) com pessoas transgênero e respectivas famílias, antes de iniciar qualquer um desses procedimentos e continuar esses diálogos, a partir daí, de forma contínua (Hembree et al., [2017](#)). As opções comprovadas de PF, como criopreservação de embriões, oócitos e espermatozoides, podem estar disponíveis para pessoas transgênero pós-púberes (Nahata et al., [2019](#)). Foram igualmente desenvolvidos e estudados protocolos de investigação para criopreservação de tecido testicular e ovárico (Borgström et al., [2020](#); Nahata et al., [2019](#); Rodriguez-Wallberg, et al., [2019](#)). Enquanto a utilização de embriões, oócitos maduros e espermatozoides demonstrou ser eficaz em tratamentos clínicos, os tecidos gonádicos criopreservados implicariam ou um novo transplante no futuro, com o objetivo de obter gametas totalmente funcionais, ou a aplicação de métodos laboratoriais para cultura, que ainda se encontram em fase de desenvolvimento, em contextos de investigação científica fundamental. De notar que as recentes diretrizes da Sociedade Americana para a Medicina Reprodutiva retiraram o rótulo experimental da criopreservação de tecido ovárico, mas a evidência permanece limitada em crianças pré-púberes (Comitê de Prática da Sociedade

Americana para Medicina Reprodutiva, [2019](#)).

Devem ser prestados cuidados de saúde personalizados com base nos objetivos de parentalidade de cada pessoa. Alguns estudos sugerem que as pessoas transgênero e de gênero diverso (TGD) podem apresentar uma menor probabilidade de querer ter crianças, que tenham uma relação genética consigo, ou simplesmente de ter crianças, comparativamente a pares cisgênero (Defreyne, van Schuylenbergh et al., [2020](#); Russell et al., [2016](#); von Doussa et al., [2015](#)). No entanto, vários outros estudos demonstraram que muitas pessoas TGD 1) querem ter crianças, que tenham uma relação genética consigo; 2) lamentam ter perdido oportunidades de PF; e 3) estão dispostas a atrasar, ou a interromper, a terapia hormonal para preservar a fertilidade e/ou conceber (Armuand, Dhejne et al., [2017](#); Auer et al., [2018](#); De Sutter et al., [2002](#); Defreyne, van Schuylenbergh et al., [2020](#); Tornello & Bos, [2017](#)).

Foram notificados muitos obstáculos à PF, tais como custo (que é exacerbado quando não existe cobertura por seguro), urgência para iniciar a terapia, incapacidade de tomar decisões orientadas para o futuro, conhecimentos inadequados ou preconceitos de que quem presta cuidados, que afetam a disponibilização de PF e dificuldades no acesso à PF (Baram et al., [2019](#); Defreyne, van Schuylenbergh et al., [2020](#)). Além disso, as pessoas transgênero podem apresentar um agravamento da disforia devido a diversas etapas no processo de PF que estão inseparavelmente relacionadas com o gênero atribuído à nascença (Armuand, Dhejne, et al., [2017](#); Baram et al., [2019](#)). Se estiver disponível, uma abordagem com uma equipa multidisciplinar, em que profissionais de saúde física e mental colaboram com especialistas em fertilidade de afirmação de gênero, pode ajudar a superar alguns desses obstáculos (Tishelman

Declarações de Recomendação

16.1 - Recomendamos que profissionais de saúde que cuidam de pessoas transgênero e de gênero diverso e lhes prescrevem ou as encaminham para terapias hormonais e/ou cirurgias, as aconselhem sobre:

16.1.a - Efeitos conhecidos das terapias hormonais e/ou cirurgias sobre a fertilidade futura;

16.1.b - Potenciais efeitos das terapias que ainda não se encontram bem estudadas ou cuja reversibilidade se desconhece;

16.1.c - opções de preservação da fertilidade (PF) (tanto comprovadas como experimentais);

16.1.d - Implicações psicossociais da infertilidade.

16.2 - Recomendamos que profissionais de saúde referenciem as pessoas transgênero e de gênero diverso, interessadas na preservação da fertilidade, para especialistas com experiência na preservação da fertilidade, para análise adicional.

16.3 - Recomendamos que as equipas de cuidados de saúde transgênero façam parcerias com especialistas e centros de reprodução locais, para fornecer informações específicas e atempadas e prestar serviços de preservação da fertilidade, antes de proporem intervenções médicas e cirúrgicas, que possam afetar a fertilidade.

16.4 - Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem jovens transgênero e de gênero diverso pré-púberes ou no início da puberdade, e respetivas famílias, que pretendem realizar procedimentos de afirmação de gênero, que as atuais opções de preservação da fertilidade baseadas na evidência ou comprovadas são reduzidas.

16.5 - Recomendamos que pessoas transgênero e de gênero diverso com útero, que pretendam engravidar, tenham acesso a cuidados pré-concepcionais, aconselhamento pré-natal, sobre a utilização e descontinuação de hormonas de afirmação de gênero, a cuidados com a gravidez e com o trabalho de parto, a serviços de apoio à amamentação ou aleitamento e a apoio pós-parto, de acordo com os padrões locais de cuidados de saúde, de uma forma que promova a afirmação de gênero.

16.6. Recomendamos que profissionais de medicina discutam métodos contraceptivos com pessoas transgênero e de gênero diverso, que realizem práticas sexuais que possam resultar em gravidez.

16.7. Recomendamos que profissionais de saúde, que disponibilizam serviços de interrupção da gravidez, assegurem que os procedimentos escolhidos promovem a afirmação de gênero e sirvam os interesses das pessoas transgênero e de gênero diverso.

et al., [2019](#)). As pessoas TGD devem ser informadas sobre a diferença entre fertilidade (utilizando as próprias gametas ou tecidos reprodutores) e gravidez. Além das considerações sobre fertilidade, devem ser mantidos os esforços para garantir cuidados de saúde equitativos e de alta qualidade para todas as formas de planeamento e construção familiar, ao longo de todo o contínuo reprodutivo. Isto inclui opções de procriação, tais como cuidados perinatais, cuidados na gravidez, no parto e no pós-parto, bem como planeamento familiar e opções de contraceção, para evitar gravidezes não planeadas e interrupções da gravidez, se forem proibidas (Bonnington et al., [2020](#); Cipres et al., [2017](#); Krempasky et al., [2020](#); Light et al., [2018](#); Moseson, Fix et al., [2020](#)). As pessoas TGD que pretendam engravidar devem usufruir de cuidados de saúde padrão, de cuidados prévios à conceção e de aconselhamento pré-natal e devem receber aconselhamento sobre amamentação ou aleitamento em ambientes acolhedores e seguros para pessoas com identidades e experiências de gênero

diversas (MacDonald et al., [2016](#); Obedin-Maliver & Makadon, [2016](#)).

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 16.1

Recomendamos que profissionais de saúde que cuidam de pessoas transgênero e de gênero diverso e lhes prescrevem ou as encaminham para terapias hormonais e/ou cirurgias, as aconselhem sobre:

- a. **Efeitos conhecidos das terapias hormonais e/ou cirurgias sobre a fertilidade futura;**
- b. **Potenciais efeitos das terapias que ainda não se encontram bem estudadas ou cuja reversibilidade se**

desconhece;

- c. **Opções de preservação da fertilidade (PF) (tanto comprovadas como experimentais);**
- d. **Implicações psicossociais da infertilidade.**

Pessoas TGD a quem foi atribuído sexo feminino à nascença

A THAG pode afetar negativamente a capacidade reprodutiva futura (Hembree et al., [2017](#)). Com base na evidência atual, em homens transgênero e em pessoas de gênero diverso, a quem foi atribuído sexo feminino à nascença, esses riscos são os seguintes:

Os agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRHAs) podem ser usados para supressão da puberdade, para prevenir a progressão adicional da puberdade, até que as pessoas adolescentes estejam prontas para o procedimento de masculinização. Os GnRHAs também podem ser usados para supressão da menstruação. Os GnRHAs afetam a maturação das gametas, mas não causam lesões permanentes à função gonadal. Assim, se os GnRHAs forem descontinuados, prevê-se que a maturação dos oócitos seja retomada.

Existem poucos estudos que pormenorizem os efeitos da terapia com testosterona sobre a função reprodutora em homens transgênero (Moravek et al., [2020](#)). A reposição da função ovárica normal, com maturação dos oócitos, após descontinuação da testosterona, foi demonstrada em homens transgênero que conseguiram conceber naturalmente. Um estudo retrospectivo sobre a criopreservação de oócitos não mostrou diferenças no número total de oócitos recuperados nem no número de oócitos maduros entre homens transgênero e mulheres cisgênero, emparelhados por idade e IMC (Adeleye et al., [2018](#), [2019](#)). Foram recentemente publicados os primeiros resultados que

avaliam as taxas de nados-vivos após estimulação ovárica controlada, em homens transgênero, comparativamente com mulheres cisgênero (Leung et al., [2019](#)). A testosterona foi descontinuada antes da estimulação ovárica. No geral, os resultados relativos à influência da testosterona nos órgãos reprodutivos e na sua função parecem ser tranquilizadores. No entanto, até o momento não houve estudos prospectivos que avaliassem o efeito da terapia hormonal de longo prazo na fertilidade (ou seja, iniciada na adolescência) ou nas pessoas que fizeram GnRHAs no início da puberdade, seguidos por terapia com testosterona. É importante ter em consideração que os medicamentos e procedimentos necessários para a criopreservação de oócitos (um exame pélvico, a monitorização vaginal ecográfica e as colheitas de oócitos) podem levar a um aumento da disforia de gênero em homens transgênero (Armuand, Dhejne et al., [2017](#)).

As intervenções cirúrgicas em homens transgênero terão implicações óbvias para a capacidade reprodutiva. Se as pessoas pretenderem uma histerectomia, deve ser proposta a opção de manter os ovários, de modo a preservar a possibilidade de ter uma criança, que tenha uma relação genética com a pessoa. Alternativamente, se os ovários forem removidos, separadamente ou em simultâneo com a histerectomia, deve ser proposta a congelação de óvulos antes da cirurgia e/ou a criopreservação do tecido ovárico que pode ser feita no momento da ooforectomia. Embora este procedimento já não seja considerado experimental, muitos homens transgênero podem pretender a maturação *in vitro* de folicúlos primordiais, que ainda se encontra em investigação. Estudos que avaliam a função dos oócitos demonstraram que oócitos isolados de homens transgênero, com exposição a testosterona no momento da ooforectomia, podem ser amadurecidos *in vitro* para

desenvolver a estrutura fusiforme normal meiótica da metáfase II (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

Pessoas TGD a quem foi atribuído sexo masculino à nascença

Com base na evidência atual em mulheres transgênero e pessoas de gênero diverso a quem foi atribuído sexo masculino à nascença (ASMAN), a influência do procedimento médico é a seguinte:

Os GnRHs inibem a espermatogênese. Os dados sugerem que a descontinuação do procedimento tem como consequência um reinício da espermatogênese, embora isso possa levar pelo menos 3 meses e provavelmente mais tempo (Bertelloni et al., 2000). Além disso, deve ser tida em consideração a carga psicológica da reexposição à testosterona.

Os antiandrogênicos e os estrogênios têm como consequência o comprometimento da produção de espermatozoides (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). A espermatogênese pode ser retomada após a descontinuação da terapia prolongada com antiandrogênicos e estrogênios, mas os dados são limitados (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Os volumes testiculares diminuem sob a influência da terapia hormonal de afirmação de gênero (Matoso et al., 2018). A qualidade do sêmen, em mulheres transgênero também pode ser afetada negativamente por fatores específicos do estilo de vida, como uma baixa frequência de masturbação, usar os órgãos genitais apertados contra o corpo (por exemplo, com a utilização de roupas íntimas apertadas para ocultação genital (*tucking*)) (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestiget et al., 2021).

Declaração 16.2

Recomendamos que profissionais de saúde

referenciem as pessoas transgênero e de gênero diverso, interessadas na preservação da fertilidade, para especialistas com experiência na preservação da fertilidade, para análise adicional.

Os estudos mostram que muitas pessoas adultas transgênero querem ter crianças biológicas (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012); contudo, as taxas de PF permanecem muito variáveis, especialmente na juventude (< 5% – 40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). Num inquérito recente, muitas pessoas jovens reconheceram que os seus sentimentos sobre ter uma criança biológica podem mudar no futuro (Strang, Jarin et al., 2018). A esterilização não eletiva constitui uma violação dos direitos humanos (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001) e, devido aos avanços nas atitudes sociais, na medicina da reprodução e nos cuidados de saúde de afirmação transgênero, as possibilidades de parentalidade biológica, durante a transição, devem ser apoiadas em pessoas transgênero. Devido à influência que os pareceres clínicos podem ter sobre a PF de pessoas transgênero ou não binárias e sobre as decisões de parentalidade, as opções de PF devem ser exploradas por profissionais de saúde, juntamente com as opções de acolhimento, adoção, coparentalidade e outras alternativas parentais (Bartholomaeus & Riggs, 2019). As pessoas transgênero a quem foi dada a oportunidade para este tipo de análise e que tiveram a opção de realizar procedimentos de PF relataram que a experiência foi globalmente positiva (Armuañ, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

Noutras populações, foi demonstrado que as referências para unidades de fertilidade e

os programas formais de fertilidade aumentam as taxas de PF e melhoram a satisfação das pessoas (Kelvin et al., [2016](#); Klosky, Anderson et al., [2017](#); Klosky, Wang et al., [2017](#); Shnorhavorian et al., [2012](#)). Foram investigadas as atitudes de pessoas médicas e estudos recentes indicam tanto uma consciência quanto um desejo de fornecer informações relacionadas com a fertilidade a crianças e respetivas famílias (Armuand et al., [2020](#)). No entanto, também foram identificadas barreiras, incluindo falta de conhecimentos, de à-vontade e de recursos (Armuand, Nilsson et al., [2017](#); Frederick et al., [2018](#)). Assim, a necessidade de formação adequada de profissionais de saúde foi realçada, com ênfase no aconselhamento sobre fertilidade e na disponibilização de opções de PF para todas as pessoas em risco, de forma não preconceituosa (Armuand, Nilsson et al., [2017](#)). As recomendações parentais também demonstraram influenciar significativamente as taxas de PF em pessoas adolescentes e jovens adultos do sexo masculino com cancro (Klosky, Flynn et al., [2017](#)). Embora existam diferenças clínicas claras nessas populações, estes resultados podem ajudar a informar as boas práticas quanto a aconselhamento sobre fertilidade e a referenciação para PF de pessoas transgénero.

Declaração 16.3

Recomendamos que as equipas de cuidados de saúde transgénero façam parcerias com especialistas e centros de reprodução locais, para fornecer informações específicas e atempadas e prestar serviços de preservação da fertilidade, antes de proporem intervenções médicas e cirúrgicas, que possam afetar a fertilidade.

A criopreservação de espermatozoides e de oócitos é uma técnica de PF comprovada, que pode ser proposta a pessoas púberes, no fim da puberdade e adultas, com sexo atribuído à nascença masculino e feminino,

respetivamente, preferencialmente antes do início da THAG (Hembree et al., [2017](#); Comitê de Prática da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, [2019](#)). A criopreservação de embriões pode ser disponibilizada a pessoas TGD adultas (pós-púberes) que desejem ter uma criança e tenham uma pessoa parceira disponível. A utilização futura de gametas criopreservadas também depende das gametas e dos órgãos reprodutores da futura pessoa parceira (Fischer, [2021](#); Maxwell et al., [2017](#))

Embora os parâmetros do sémen tenham demonstrado ficar comprometidos quando a PF é realizada após o início da THAG (Adeleye et al., [2019](#)), um pequeno estudo mostrou que, quando a terapia foi descontinuada, os parâmetros do sémen eram comparáveis aos de pessoas TGD que nunca tinham sido submetidas a THAG. Relativamente a estimulação ovárica, rendimento de vitrificação de oócitos e subsequente utilização dos oócitos na fertilização in vitro (FIV), não há qualquer motivo para esperar um resultado diferente em pessoas TGD do que o obtido em pessoas cisgénero submetidas a técnicas de reprodução assistida (TRA) - para além de fatores confundidores individuais relacionados com (in)fertilidade - quando os gametas são colhidos e antes de qualquer procedimento médico (Adeleye et al., [2019](#)). A utilização de oócitos em TRA teve resultados igualmente bem-sucedidos em pessoas TGD comparativamente com um grupo de controlo emparelhado de pessoas cisgénero (Adeleye et al., [2019](#); Leung et al., [2019](#); Maxwell et al., [2017](#)).

Embora estas sejam opções comprovadas, poucas pessoas TGD púberes, no final da puberdade ou adultas se submetem a PF (Nahata et al., [2017](#)) e muitas sentem dificuldades quando são submetidas a intervenções de PF. Para além do acesso e do custo destes métodos constituírem um obstáculo (especialmente em regiões sem

cobertura por seguro), estes procedimentos são frequentemente desconfortáveis, física e emocionalmente, e muitas pessoas referem preocupações sobre o adiamento do processo de transição (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Especialmente para as pessoas a quem foi atribuído sexo feminino à nascença, a invasividade do acompanhamento ecográfico endovaginal da estimulação ovárica e dos procedimentos de colheita de oócitos (e o desconforto psicológico associado) foi mencionada como constituindo uma barreira (Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). É, igualmente, motivo de preocupação que pessoas jovens adultas, em processo de transição, possam não ter uma visão clara sobre a parentalidade e, por isso, ser provável que recusem a oportunidade de usar a PF nesse momento - apesar de, quando chegadas à idade adulta, poderem ter opiniões diferentes sobre a parentalidade (Cauffman & Steinberg, 2000). A redução da disforia de género durante a transição também pode influenciar o processo de tomada de decisão sobre a PF (Nahata et al., 2017). Com base nos estudos que mostram que as opiniões sobre fertilidade de jovens TGD podem mudar ao longo do tempo (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018), as opções sobre FP devem ser analisadas de forma contínua.

Declaração 16.4

Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem jovens transgénero e de género diverso pré-púberes ou no início da puberdade, e respetivas famílias, que pretendem realizar procedimentos de afirmação de género, que as atuais opções de preservação da fertilidade baseadas na evidência ou comprovadas são reduzidas.

Para crianças pré-púberes e no início da puberdade, as opções de PF limitam-se ao armazenamento de tecido gonádico. Embora esta opção esteja disponível para crianças

TGD da mesma forma que está disponível para pessoas doentes oncológicas cisgénero, pré-púberes e no início da puberdade, não há literatura que descreva a utilização desta abordagem na população transgénero. O autotransplante de tecido ovárico resultou em mais de 130 nados-vivos em mulheres cisgénero. A maioria dessas pessoas concebeu naturalmente sem recurso a TRA (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017) e a maioria armazenou o seu tecido ovárico, quer quando adultas ou durante a puberdade. Embora a recente diretriz da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva tenha retirado o rótulo experimental da criopreservação de tecido ovárico (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), há muito poucos relatórios de casos que descrevam uma gravidez bem-sucedida numa mulher, após transplante do tecido ovárico criopreservado antes da puberdade. Demeestere e colegas (2015) e Rodriguez-Wallberg, Milenkovic e colegas (2021) descreveram casos de gravidezes bem-sucedidas, após o transplante de tecido colhido aos 14 anos de idade e, recentemente, Matthews e colegas (2018) descreveram o caso de uma rapariga diagnosticada com talassemia, que tinha tecido ovárico conservado aos 9 anos e transplantado 14 anos mais tarde. Subsequentemente concebeu através de fertilização *in vitro* e deu à luz uma criança saudável.

Atualmente, a única aplicação clínica futura para o armazenamento de tecido ovárico é o autotransplante, que pode ser indesejável num homem transgénero (devido aos efeitos potencialmente indesejáveis do estrogénio). Um procedimento laboratorial que tornasse possível a maturação de oócitos *in vitro*, começando com tecido ovárico, seria a aplicação futura ideal para tecido ovárico armazenado de pessoas transgénero, mas, atualmente, esta técnica apenas se encontra em fase de pesquisa e otimização no âmbito de investigação científica básica (Ladanyi et

al., [2017](#); Oktay et al., [2010](#)).

A colheita pré-púbere de tecido testicular foi documentada como um procedimento de baixo risco (Borgström et al., [2020](#); Ming et al., [2018](#)). Alguns estudos também descreveram esta abordagem como uma opção teórica para pessoas transgênero (De Roo et al., [2016](#); Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., [2018](#)). No entanto, não há relatos na literatura que descrevam a utilização clínica, ou em investigação, desta opção de PF para pessoas TGD. Além disso, a viabilidade da aplicação clínica do autotransplante de tecido testicular permanece desconhecida em seres humanos e as técnicas de maturação *in vitro* ainda estão no campo da investigação científica básica. Consequentemente, as pessoas especialistas consideram, atualmente, esta técnica como experimental (Picton et al., [2015](#)). A possibilidade de armazenar tecido gonádico deve ser discutida antes de qualquer cirurgia genital que tenha como consequência a esterilização, embora a probabilidade de se poder utilizar este tecido deva ser claramente abordada.

Declaração 16.5

Recomendamos que pessoas transgênero e de gênero diverso com útero, que pretendam engravidar, tenham acesso a cuidados pré-concepcionais, aconselhamento pré-natal, sobre a utilização e descontinuação de hormonas de afirmação de gênero, a cuidados com a gravidez e com o trabalho de parto, a serviços de apoio à amamentação ou aleitamento e a apoio pós-parto, de acordo com os padrões locais de cuidados de saúde, de uma forma que promova a afirmação de gênero.

A maioria dos homens transgênero e de pessoas de gênero diverso (ASFAN) mantém o útero e os ovários e, portanto, pode conceber e manter uma gravidez, mesmo após a utilização prolongada de testosterona

(Light et al., [2014](#)). Muitos homens transgênero querem ter crianças (Light et al., [2018](#); Wierckx, van Caenegem et al., [2012](#)) e estão dispostos a engravidar (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., [2021](#)). As TRA aumentaram as possibilidades de muitos homens transgênero poderem conceber e cumprir os seus desejos de planeamento familiar (De Roo et al., [2017](#); Ellis et al., [2015](#); Maxwell et al., [2017](#)). Alguns homens transgênero relatam isolamento psicológico, disforia relacionada com o útero gravídico e alterações no peito e depressão (Charter, [2018](#); Ellis et al., [2015](#); Hoffkling et al., [2017](#); Obedin-Maliver & Makadon, [2016](#)). Por outro lado, outros estudos também relataram algumas experiências positivas durante a gravidez (Fischer, [2021](#); Light et al., [2014](#)). Devem estar disponíveis profissionais de saúde mental, para disponibilizar apoio, e deve ser proporcionado aconselhamento sobre o momento para interromper e retomar as hormonas de afirmação de gênero, sobre as opções disponíveis quanto ao tipo de parto e sobre aleitamento ou amamentação (Hoffkling et al., [2017](#)). Finalmente, devem ser implementadas intervenções a nível sistémico e a nível interpessoal para garantir cuidados de saúde reprodutiva centrados na pessoa, para todas as pessoas (Hahn et al., [2019](#); Hoffkling et al., [2017](#); Moseson, Zazanis et al., [2020](#); Snowden et al., [2018](#)).

Tendo em consideração os potenciais efeitos nocivos da testosterona sobre o embrião em desenvolvimento, é recomendada a descontinuação da testosterona ou da terapia hormonal de masculinização, antes da conceção e durante toda a gravidez. No entanto, desconhece-se qual o momento ideal tanto para a descontinuação da testosterona, antes da gravidez, como para a sua retoma, após a gravidez. Dado que a interrupção das hormonas de afirmação de gênero pode causar desconforto e exacerbar a disforia em homens transgênero, o

momento e modo de interromper essa terapia deve ser discutida durante o aconselhamento pré-natal (Hahn et al., [2019](#)). Como faltam informações sobre a duração da exposição à testosterona e o risco de teratogenicidade, a utilização de testosterona deve ser descontinuada antes da tentativa de engravidar e antes de interromper a contraceção. Além disso, as informações sobre resultados de saúde de crianças nascidas de homens transgênero são reduzidas. Pequenas séries de casos, que tentaram avaliar esta questão, não revelaram diferenças físicas nem psicossociais adversas em crianças nascidas de homens transgênero e crianças na população em geral (Chiland et al., [2013](#)).

Amamentação ou Aleitamento

Nos poucos estudos que avaliaram a lactação e o aleitamento ou amamentação, a maioria dos homens transgênero e pessoas TGD ASFAN, que optaram por amamentar ou dar leite próprio, após o parto, foram bem-sucedidos. Os estudos sugerem que a indução da lactação depende, em parte, do aconselhamento pré-concepcional e do apoio de enfermagem experiente em aleitamento (MacDonald et al., [2016](#); Wolfe-Roubatis & Spatz, [2015](#)). Especificamente, homens transgênero e pessoas TGD que usam testosterona devem ser informadas 1) que, embora as quantidades sejam pequenas, a testosterona passa para o leite secretado; e 2) que o impacto sobre o desenvolvimento do nado-vivo ou da/criança lactentes é desconhecido e, portanto, que a utilização de testosterona de afirmação de gênero durante a amamentação ou aleitamento não é recomendada, mas pode ser retomada após a descontinuação da amamentação /ou aleitamento (Glaser et al., [2009](#)). Os homens transgênero e outras pessoas TGD ASFAN devem ser informadas de que algumas pessoas, durante a gravidez, podem apresentar crescimento da mama ou peito e/ou lactação indesejados, mesmo após

reconstrução da mama ou peito e, conseqüentemente, devem ser apoiadas se pretenderem, suprimir a lactação (MacDonald et al., [2016](#)).

Há poucas informações sobre lactação em mulheres transgênero, bem como em outras pessoas TGD ASMAN, mas há muitas que também exprimem o desejo de amamentar ou aleitar. Embora exista um relato de caso de uma mulher transgênero lactante bem-sucedida, que amamentou /aleitou a sua criança lactente, após apoio hormonal, usando uma combinação de estrogênios, progesterona, domperidona e extrator de leite (Reisman & Goldstein, [2018](#)), o perfil nutricional e imunológico do leite do peito ou mama nessas condições não foi estudado. Conseqüentemente, as pessoas têm de ser informadas sobre os riscos e os benefícios dessa abordagem para a alimentação da criança (Reisman & Goldstein, [2018](#)).

Declaração 16.6

Recomendamos que profissionais de medicina discutam métodos contraceptivos com pessoas transgênero e de gênero diverso, que realizem práticas sexuais que possam resultar em gravidez.

Muitas pessoas TGD podem manter a capacidade reprodutora e elas (se mantiverem um útero, ovários e trompas) ou as suas parceiras sexuais (para pessoas que produzam esperma) podem ter gravidezes não planeadas (James et al., [2016](#); Light et al., [2014](#); Moseson, Fix et al., [2020](#)). Conseqüentemente, é necessário aconselhamento propositado sobre planejamento familiar, incluindo contraceção e aborto, realizado de formas abrangentes em termos de gênero (Klein, Berry-Bibee et al., [2018](#); Obedin-Maliver, [2015](#); Stroumsa & Wu, [2018](#)). As pessoas TGD ASFAN podem não usar métodos contraceptivos devido a uma suposição errônea de que a testosterona é uma forma fiável de contraceção (Abern & Maguire, [2018](#); Ingraham et al., [2018](#); Jones,

Wood et al., [2017](#); Potter et al., [2015](#)). Contudo, com base no conhecimento atual, a testosterona não deve ser considerada uma forma fiável de contraceção devido à sua supressão incompleta do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (Krempasky et al., [2020](#)). Além disso, ocorreram gravidezes em pessoas amenorreicas devido à utilização de testosterona, que pode durar mais do que os períodos ativos de administração (Light et al., [2014](#)). A gravidez também pode ocorrer em pessoas TGD após utilização prolongada de testosterona (pelo menos até 10 anos), embora o efeito sobre os oócitos e a fertilidade basal ainda seja desconhecido (Light et al., [2014](#)).

As pessoas TGD ASFAN podem usar uma diversidade de métodos contraceptivos (Abern & Maguire, [2018](#); Bentsianov et al., [2018](#); Bonnington et al., [2020](#); Chrisler et al., [2016](#); Cipres et al., [2017](#); Jones, Wood et al., [2017](#); Krempasky et al., [2020](#); Light et al., [2018](#)). Estes métodos podem ser explicitamente usados para prevenção da gravidez, supressão menstrual, hemorragia anormal ou outras necessidades ginecológicas (Bonnington et al., [2020](#); Chrisler et al., [2016](#); Krempasky et al., [2020](#); Schwartz et al., [2019](#)). As falhas na investigação sobre contraceção nesta população são imensas. Nenhum estudo examinou o modo como a utilização de androgénios exógenos (por exemplo, testosterona) pode modificar a eficácia ou o perfil de segurança dos métodos contraceptivos hormonais (por exemplo, contraceção hormonal combinada com estrogénios e progestativos, contraceptivos apenas à base de progestagénios) ou métodos contraceptivos não hormonais e de barreira (por exemplo, preservativos internos e externos, dispositivos intrauterinos não hormonais, diafragmas, esponjas, etc.).

As pessoas de género diverso que atualmente têm um pénis e testículos podem

envolver-se em atos sexuais com pessoas, de qualquer género, que têm um útero, ovários e trompas. As pessoas de género diverso que têm um pénis e testículos podem produzir espermatozoides, mesmo durante a utilização de hormonas de afirmação de género (ou seja, estrogénios), e, embora os parâmetros do sémen estejam diminuídos, nas que atualmente usam ou nas que usaram anteriormente hormonas de afirmação de género, a azoospermia não é completa e a atividade espermática não é totalmente suprimida (Adeleye et al., [2019](#); Jindarak et al., [2018](#); Kent et al., [2018](#)). Consequentemente, caso se pretenda evitar uma gravidez, é necessário ponderar a utilização de métodos contraceptivos na atividade sexual em que um pénis penetra uma vagina, entre uma pessoa com útero, ovários e trompas e outra com pénis e testículos, independentemente da utilização de hormonas de afirmação de género por qualquer uma delas. Atualmente, os métodos contraceptivos disponíveis para utilização pela pessoa que produz esperma são, principalmente, barreiras mecânicas (ou seja, preservativos externos e internos), a esterilização permanente (ou seja, vasectomia) e a cirurgia de afirmação de género (por exemplo, orquiectomia, que também tem como consequência a esterilização). É recomendado um aconselhamento contraceptivo que considere a produção de esperma, a produção de óvulos e as pessoas parceiras da gestação (conforme relevante).

Declaração 16.7

Recomendamos que profissionais de saúde, que disponibilizam serviços de interrupção da gravidez, assegurem que os procedimentos escolhidos promovem a afirmação de género e sirvam os interesses das pessoas transgénero e de género diverso.

Foram notificadas gravidezes não planeadas e abortos em pessoas TGD com um útero

(Abern & Maguire, [2018](#); Light et al., [2014](#); Light et al., [2018](#); Moseson, Fix et al., [2020](#)) e documentadas através de inquéritos em unidades de interrupção voluntária da gravidez (Jones et al., [2020](#)). No entanto, a epidemiologia de base populacional de realização de abortos e as experiências e preferências das pessoas TGD ASFAN que realizam abortos ainda constitui uma lacuna crítica na investigação (Fix et al., [2020](#); Moseson, Fix et al., [2020](#); Moseson, Lunn et al., [2020](#)).

Contudo, dado que a capacidade para engravidar existe em muitas pessoas TGD e as gravidezes nem sempre são planeadas ou desejadas, é necessário o acesso a serviços médicos e cirúrgicos de afirmação de género de interrupção da gravidez, que sejam seguros e legais.

CAPÍTULO 17 Saúde Sexual

A saúde sexual tem um impacto imenso sobre o bem-estar físico e psicológico, independentemente do sexo, do gênero ou da orientação sexual de uma pessoa. No entanto, o estigma existente sobre sexo, gênero e orientação sexual influencia as oportunidades que cada pessoa tem para viver abertamente a sua sexualidade e para receber os cuidados adequados a nível da saúde sexual. Especificamente, na maioria das sociedades, a cisnormatividade e a heteronormatividade levam à suposição de que todas as pessoas são cisgênero e heterossexuais (Bauer et al., [2009](#)) e que essa combinação é superior a todos os outros gêneros e orientações sexuais (Nieder, Güldenring et al., [2020](#); Rider, Vencill et al., [2019](#)). A hetero-cis-normatividade nega a complexidade do gênero, da orientação sexual e da sexualidade e desconsidera a diversidade e a fluidez. Isto é ainda mais importante uma vez que as identidades, orientações e práticas sexuais de pessoas transgênero e de gênero diverso (TGD) são caracterizadas por uma enorme diversidade (Galupo et al., [2016](#); Jessen et al., [2021](#); Thurston & Allan, [2018](#); T'Sjoen et al., 2020). Da mesma forma, a forte tendência transcultural no sentido da alonormatividade (*allonormativity*) - o pressuposto de que todas as pessoas sentem atração sexual ou têm interesse pela atividade sexual - nega as experiências diversas das pessoas TGD, especialmente as que se situam no espectro assexual (McInroy et al., [2021](#); Mollet, [2021](#); Rothblum et al., [2020](#)).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, [2010](#)) realça que a saúde sexual depende do respeito pelos direitos sexuais de todas as pessoas, incluindo o direito a expressar sexualidades diversas e a serem tratadas com respeito, segurança e sem discriminação nem violência. Os discursos sobre saúde sexual têm-se focado na autonomia corporal e de

ação, que incluem consentimento, prazer sexual, satisfação sexual, parcerias e vida familiar (Cornwall & Jolly, [2006](#); Lindley et al., [2021](#)). Neste âmbito, a OMS define saúde sexual como «um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relativamente à sexualidade e não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade». A saúde sexual implica uma abordagem da sexualidade e das relações sexuais que seja positiva e respeitadora, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, sem coação, nem discriminação, nem violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos» (WHO, [2006](#), p. 5). Isso inclui pessoas no espectro assexual, que podem não sentir atração sexual por outras pessoas, mas que, ainda assim, podem optar por ser sexuais às vezes (por exemplo, através da autoestimulação) e/ou sentir interesse por formar e construir relações românticas (de Oliveira et al., [2021](#)).

Nos últimos anos, cresceu a atenção científica dedicada às experiências e comportamentos sexuais das pessoas TGD (Gieles et al., [2022](#); Holmberg et al., [2019](#); Klein & Gorzalka, [2009](#); Kloer et al., [2021](#); Mattawanon et al., [2021](#); Stephenson et al., [2017](#); Tirapegui et al., [2020](#); Thurston & Allan, [2018](#)). Essa expansão na literatura reflete um enquadramento positivo do sexo (Harden, [2014](#)), um enquadramento que reconhece tanto os aspetos positivos, como seja o prazer sexual (Laan et al., [2021](#)), como os potenciais riscos associados à sexualidade (Goldhammer et al., [2022](#); Mujugira et al., [2021](#)). No entanto, frequentemente, os estudos sobre sexualidade das pessoas TGD carecem de medidas validadas, de grupos de controlo adequados ou um desenho prospetivo (Holmberg et al., [2019](#)). Além disso, a maioria foca-se exclusivamente no funcionamento sexual (Kennis et al., [2022](#)) e,

portanto, negligencia a satisfação sexual e operacionalizações mais amplas do prazer sexual, para além do funcionamento. Os efeitos dos atuais procedimentos médicos, relacionados com pessoas TGD, sobre a sexualidade são heterogêneos (Özer et al., [2022](#); T'Sjoen et al., 2020) e tem havido pouca investigação sobre a sexualidade de adolescentes TGD (Bungener et al., 2017; Maheux et al., [2021](#); Ristori et al., [2021](#); Stübler & Becker-Hebly, [2019](#); Warwick et al., [2022](#)). Apesar de terem sido propostas abordagens positivas para o aconselhamento e a terapia relativos a dificuldades sexuais, sentidas por pessoas TGD (Fielding, [2021](#); Jacobson et al., [2019](#); Richards, [2021](#)), até ao momento não há estudos suficientes sobre a eficácia dessas intervenções. Com o objetivo de promover a saúde sexual, a Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS) afirma a importância do prazer sexual e considera a autodeterminação, o consentimento, a segurança, a privacidade, a confiança e a capacidade de comunicar e negociar relações sexuais, como facilitadores essenciais (Kismödi et al., [2017](#)). A WAS afirma que o prazer sexual é parte integrante dos direitos sexuais e dos direitos humanos (Kismödi et al., [2017](#)). De modo a contribuir para a saúde sexual das pessoas TGD, profissionais de saúde precisam de ter tanto competência como sensibilidade relativas a questões transgénero (Nieder, Güldenring et al., [2020](#)). Com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde sexual para as pessoas TGD, para um nível de alta qualidade, baseado na evidência e eticamente robusto, profissionais de saúde devem prestar os seus serviços com o mesmo cuidado (ou seja, com competência relacionada com questões transgénero), respeito (ou seja, com sensibilidade relacionada com questões transgénero) e investimento no prazer sexual e na satisfao sexual, que aplicam a pessoas cisgénero (Holmberg et al., [2019](#)).

Em muitas sociedades, expressões de gnero não conformes podem provocar reações

fortes (emocionais), inclusive por parte de profissionais de saúde. Consequentemente, quando se inicia um contacto na área da saúde ou quando se estabelece uma relao terapêutica, a probabilidade de garantir uma postura acolhedora, aberta e sem juos de valor  maior, quando profissionais de saúde refletem sobre as suas reações emocionais, cognitivas e interacionais para com a pessoa que recebem (Nieder, Güldenring et al., [2020](#)). Além disso, a competência relacionada com questões transgénero refere-se à capacidade de identificar o impacto que as identidades e experiências interseccionais de marginalizao e estigmatizao das pessoas TGD podem ter sobre todos os aspetos do seu «eu» (Rider, Vencill et al., [2019](#)). Para abordar devidamente as condições físicas, psicológicas e sociais específicas das pessoas TGD, profissionais de saúde devem estar cientes de que essas condições são geralmente negligenciadas devido à heterocisnormatividade,  falta de conhecimentos e  falta de competências (Rees et al., [2021](#)). Também é importante ter em considerao as normas culturais relativamente à sexualidade. Por exemplo, em algumas culturas africanas, a ideia do sexo como um tabu limita o número de termos aceitáveis que podem ser usados ao fazer uma anamnese sexual (Netshandama et al., [2017](#)). A linguagem culturalmente respeitadora pode ajudar a falar abertamente sobre a história sexual de cada pessoa e reduzir a ambiguidade ou a vergonha (Duby et al., 2016). Além disso, profissionais de saúde devem ser sensíveis ao histórico de utilizao (errada) da identidade e orientao sexuais como fatores de «gatekeeping» (de controlo do acesso), para excluir pessoas transgénero de cuidados de saúde de afirmao de gnero (Nieder & Richter-Appelt, [2011](#); Richards et al., [2014](#)). As seguintes recomendações pretendem melhorar os cuidados de saúde sexual prestados a pessoas TGD.

Declarações de Recomendação

17.1 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, adquiram os conhecimentos e as competências necessárias para abordar questões sobre saúde sexual (relevantes para a respectiva prestação de cuidados de saúde).

17.2 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, discutam o impacto dos tratamentos de afirmação de gênero sobre a função, o prazer e a satisfação sexuais.

17.3 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, disponibilizem a possibilidade de incluir cuidados de saúde, relacionados com a sexualidade, à(s) pessoa(s) parceira(s), caso seja adequado.

17.4 - Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgênero e de gênero diverso sobre o possível impacto da estigmatização e do trauma sobre comportamentos sexuais de risco, sobre a escusa sexual e o funcionamento sexual.

17.5 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestem cuidados que possam afetar a saúde sexual, forneçam informações, questionem as expectativas da pessoa transgênero e de gênero diverso e avaliem o seu nível de compreensão das alterações possíveis.

17.6. - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, aconselhem pessoas adolescentes e adultas sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

17.7 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, sigam as diretrizes locais e da Organização Mundial da Saúde quanto a rastreio, prevenção e tratamento do vírus da imunodeficiência humana ou infecções sexualmente transmissíveis (VIH ou IST).

17.8 - Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, abordem as preocupações sobre possíveis interações entre medicamentos antirretrovirais e hormonas.

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 17.1

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, adquiram os conhecimentos e as competências necessárias para abordar questões sobre saúde sexual (relevantes para a respectiva prestação de cuidados de saúde).

É importante que profissionais de saúde que abordam a saúde sexual de pessoas TGD conheçam a terminologia frequentemente utilizada (consulte o Capítulo 1- Terminologia) e peçam a quem procura os cuidados de saúde para explicar os termos que possam não conhecer. Neste contexto, também é importante que profissionais de saúde (tenham preparação para) façam a anamnese sexual e disponibilizem procedimentos (de acordo com as suas

competências) de uma forma que seja afirmadora do gênero, com uma abordagem positiva relativamente ao sexo (Centers for Disease Control, [2020](#); Tomson et al., [2021](#)). No entanto, profissionais de saúde devem atribuir mais importância à terminologia que a pessoa TGD usa, para se referir ao seu

próprio corpo, do que à terminologia médica tradicionalmente aceite ou usada (Wesp, [2016](#)). Ao falar sobre práticas sexuais, é aconselhável focar-se nas partes do corpo (por exemplo, «Tem sexo com pessoas com um pénis, pessoas com uma vagina, ou com ambas?»; ACON, [2022](#)) e no papel que desempenham na sua sexualidade (por exemplo, «Durante o sexo, alguma parte do seu corpo entra no corpo da outra pessoa, tais como os seus genitais, ânus ou boca?»; ACON, [2022](#)).

Declaração 17.2

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, discutam o impacto dos tratamentos de afirmação de gênero sobre a função, o prazer e a satisfação sexuais.

Para obter cuidados de saúde de afirmação de gênero, é essencial que profissionais de saúde, que realizam intervenções médicas

relacionadas com a transição, possuam informação suficiente sobre os possíveis efeitos sobre a função, prazer e satisfação sexuais (T'Sjoen et al., 2020). Uma vez que os dados clínicos indicam que as pessoas TGD têm uma classificação significativamente inferior no prazer sexual comparativamente a pessoas cisgênero, isso é ainda mais importante (Gieles et al., 2022). Caso a pessoa profissional de saúde em causa não possa fornecer as informações sobre os efeitos do procedimento na função, no prazer e na satisfação sexuais, espera-se, pelo menos, que referencie as pessoas para profissionais com qualificações para o fazer. Se forem desconhecidos os efeitos do procedimento, relacionados com a sexualidade, as pessoas devem ser informadas por profissionais de saúde em conformidade. Tal como apresentado anteriormente, a sexualidade das pessoas TGD desafia muitas vezes as visões heteronormativas. No entanto, há uma vasta quantidade de literatura (por exemplo, Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) que realça a natureza espectral da sexualidade, que não se encaixa nas expectativas do que implica a sexualidade masculina e feminina (nem cis nem transgênero), muito menos a de pessoas de género diverso (por exemplo, não binárias, agênero, *genderqueer* (género queer)). Consequentemente, estes aspetos devem ser cuidadosamente ponderados por profissionais de saúde dado que a cisheteronormatividade, a heteronormatividade e as intervenções médicas relacionadas com a transição, têm todas um forte impacto sobre a saúde sexual.

O prazer sexual encontra-se bem documentado como fator de melhoria de resultados de saúde sexual, mental e física (Anderson, 2013). Juntamente com a função sexual, profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde sexual devem abordar o prazer e a satisfação sexuais como fatores essenciais para a saúde sexual.

Historicamente, os cuidados de saúde sexual têm sido focados na doença, o que é especialmente verdadeiro para a investigação e a prática clínica com pessoas TGD. Embora sejam necessários cuidados de saúde sexual competentes relativamente ao VIH e às ISTs, também é crucial a integração da valorização do prazer sexual das pessoas TGD. Os apelos para a integração do prazer sexual como ponto central na educação e nas intervenções para a prevenção de ISTs fundamentam-se na compreensão de que o prazer é um motivador do comportamento (Philpott et al., 2006). As pessoas TGD estão preocupadas com o seu prazer sexual e precisam de profissionais de saúde que tenham conhecimentos sobre a diversidade de práticas sexuais e funções anatómicas específicas dos cuidados de saúde de pessoas TGD.

Declaração 17.3

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de género diverso, disponibilizem a possibilidade de incluir a(s) pessoa(s) parceira(s) nos cuidados de saúde, relacionados com a sexualidade, caso seja adequado.

Quando for adequado e relevante para as preocupações clínicas, a inclusão de pessoa(s) parceira(s) sexual(ais) e/ou romântica(s), na tomada de decisões sobre cuidados de saúde sexual, pode aumentar os resultados positivos de bem-estar e satisfação sexual das pessoas TGD (Kleinplatz, 2012). As pessoas TGD podem escolher de entre uma ampla variedade de intervenções médicas relacionadas com a transição e essas intervenções podem ter resultados mistos quanto à mudança de experiências de disforia anatómica (Bauer & Hammond, 2015). Ao discutir o impacto das intervenções médicas sobre a função, prazer e satisfação sexuais, a inclusão de pessoa(s) parceira(as) pode aumentar o conhecimento sobre possíveis mudanças e estimular a

comunicação entre elas (Dierckx et al., [2019](#)).

Como, frequentemente, o processo de transição não é um empreendimento totalmente solitário, a inclusão de pessoas parceiras sexuais e/ou românticas nos cuidados de saúde relacionados com a transição pode facilitar o processo de «cotransição» (Lindley et al., 2020; Siboni et al., [2022](#); Theron & Collier, [2013](#)), podendo, também, apoiar o desenvolvimento sexual e a adaptação tanto da pessoa como da relação. Os obstáculos sociais e psicológicos à função e ao prazer sexuais, incluindo experiências de disforia de gênero, estigmatização, falta de modelos sexuais e de relacionamento e competências limitadas, podem ter impactos negativos na saúde sexual geral (Kerckhof et al., [2019](#)). A comunicação sexual solidária e de afirmação de gênero entre pessoas parceiras melhora os resultados da satisfação sexual para pessoas TGD (Stephenson et al., [2017](#); Wierckx, Elaut et al., [2011](#)).

A inclusão de pessoas parceiras sexuais e/ou românticas proporciona uma oportunidade adicional para definir expectativas realistas, para disseminar informações úteis e precisas e para facilitar uma comunicação positiva de afirmação de gênero, relacionada com a saúde sexual. Em última análise, no entanto, é importante reconhecer que as opções individuais, relacionadas com a saúde de gênero e a transição, cabem às próprias pessoas e não são uma decisão de uma pessoa parceira. É importante que a inclusão de pessoas parceiras nos cuidados relacionados com saúde sexual ocorra apenas quando adequado e tal como pretendido pelas pessoas sujeitas aos cuidados. As contraindicações podem incluir dinâmicas interpessoais abusivas ou violentas e, nesses casos, a segurança da pessoa sobrepõem-se ao envolvimento da pessoa parceira. Finalmente, é fundamental que profissionais de saúde cuidem de todas as pessoas de forma afirmativa e inclusiva, incluindo as pessoas parceiras sexuais e

românticas. Isso significa, por exemplo, verificar e abordar pressupostos e possíveis preconceitos sobre o gênero ou a orientação sexual da(s) pessoa(s) parceira(s) ou a estrutura da(s) relação(ões).

Declaração 17.4

Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem as pessoas transgênero e de gênero diverso sobre o possível impacto da estigmatização e do trauma sobre comportamentos sexuais de risco, sobre a escusa sexual e o funcionamento sexual.

A comunidade TGD é desproporcionalmente afetada pelo estigma, discriminação e violência (de Vries et al., [2020](#); European Union Agency for Fundamental Rights, [2020](#); McLachlan, [2019](#)). Essas experiências têm, frequentemente, uma natureza traumática (Burnes et al., [2016](#); Mizock & Lewis, [2008](#)) e podem criar barreiras à saúde, função e prazer sexuais (Bauer & Hammond, [2015](#)). Por exemplo, estigmatizar as narrativas sobre as sexualidades transgênero pode aumentar a disforia e a vergonha sexual, aumentando a possível escusa da comunicação sexual necessária para a segurança e para otimizar o prazer (Stephenson et al., [2017](#)). A investigação demonstra que a estigmatização, um historial de violência sexual e preocupações com a imagem corporal podem afetar negativamente a autoestima e a agência sexual, por exemplo, a capacidade de transmitir o que é que proporciona prazer ou de negociar o uso de preservativos (Clements-Nolle et al., [2008](#); Dharma et al., [2019](#)). Além disso, a disforia de gênero pode ser exacerbada por experiências traumáticas passadas e por sintomas contínuos relacionados com o trauma (Giovanardi et al., [2018](#)). Para algumas pessoas TGD, pode ser difícil envolver-se sexualmente usando os órgãos genitais com que nasceram e podem optar por evitar totalmente a estimulação, interrompendo processos de excitação e/ou

de orgasmo (Anzani et al., [2021](#); Bauer & Hammond, [2015](#); Iantaffi & Bockting, [2011](#)) ou ter sentimentos complexos sobre o orgasmo (Chadwick et al., [2019](#)). Profissionais de saúde, que prestam aconselhamento e intervenções de afirmação de gênero, devem ter conhecimentos sobre o espectro de orientações e identidades sexuais (incluindo identidades e práticas assexuais), para evitar pressupostos baseados em modos heteronormativos, cisnormativos e alonormativos de comportamentos ou satisfação, ao mesmo tempo que reconhecem os possíveis impactos do estigma e do trauma sobre a saúde e o prazer sexuais (Nieder, Güldenring et al., [2020](#)). Por vezes, pode estar presente algum nível de desconexão ou de dissociação, especialmente no caso de sintomas traumáticos agudos (Colizzi et al., [2015](#)). É importante que profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre esses possíveis impactos na saúde, função, prazer e satisfação sexuais, para que possam encaminhar as pessoas, consoante necessário, para aconselhamento sexual com informação sobre os traumas, para profissionais de saúde mental, ou para ambos, que podem proporcionar apoio adicional e, também, normalizar e validar as pessoas TGD, explorando vias múltiplas e distintas de cura e de acesso ao prazer sexual.

Declaração 17.5

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestem cuidados que possam afetar a saúde sexual, forneçam informações, questionem as expectativas da pessoa transgénero e de género diverso e avaliem o seu nível de compreensão das alterações possíveis.

Os cuidados de saúde, relacionados com a transição, podem afetar a função, o prazer e a satisfação sexuais, de formas tanto positivas como negativas (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., [2019](#); Thurston & Allan, [2018](#); Tirapegui et al., [2020](#)). Do lado positivo,

os cuidados de saúde de afirmação de gênero podem ajudar as pessoas TGD a melhorar a sua função sexual e a aumentar o seu prazer e satisfação sexuais (Kloer et al., [2021](#); Özer et al., [2022](#); T'Sjoen et al., 2020). Pelo lado negativo, no entanto, os dados indicam resultados problemáticos para a saúde sexual, devidos a procedimentos hormonais e cirúrgicos (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., [2019](#), Stephenson et al., [2017](#); Weyers et al., [2009](#)). As hormonas relacionadas com a transição podem afetar o humor, o desejo sexual, a capacidade de ter uma ereção e de ejacular e a saúde do tecido genital, que, por sua vez, pode afetar a função, o prazer e a autoexpressão sexuais (Defreyne, Elaut et al., [2020](#); Garcia & Zaliznyak, [2020](#); Kerckhof et al., [2019](#); Klein & Gorzalka, [2009](#); Wierckx, Elaut et al., [2014](#)). As pessoas TGD, que pretendam utilizar a sua anatomia genital original, para sexo com penetração, podem beneficiar de medicamentos que respondem a efeitos secundários da terapia hormonal sobre a saúde sexual, como a disfunção erétil, medicamentos para pessoas TGD que tomam estrogénios ou antiandrogénicos e estrogénio tópico e/ou hidratantes/lubrificantes para pessoas TGD que apresentam experimentam atrofia ou secura vaginal devido à terapia com testosterona.

O desejo, a excitação e a função sexuais também podem ser afetados pela utilização de fármacos psicotrópicos (Montejo et al., [2015](#)). Dado que a algumas pessoas TGD são prescritos medicamentos para tratar a depressão (Heylens, Elaut et al., [2014](#)), ansiedade (Millet et al., [2017](#)) ou outros problemas de saúde mental (Dhejne et al., [2016](#)), devem ser tidos em consideração os respetivos efeitos secundários possíveis sobre a saúde sexual.

Muitas cirurgias de afirmação de gênero podem ter efeitos significativos sobre a sensação erógena, sobre o desejo e a excitação sexuais, bem como sobre a função e prazer sexuais. Os impactos dessas

alterações nas pessoas podem ser mistos (Holmberg et al., 2018). As cirurgias ao peito (redução mamária, mastectomia e aumento mamário) e as cirurgias de contorno corporal, por exemplo, podem proporcionar as alterações na forma e na aparência pretendidas, reduzindo assim o desconforto psicológico que pode prejudicar a função sexual, mas pode afetar negativamente a sensação erógena (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). As cirurgias genitais, em particular, podem potencialmente afetar a função e o prazer sexuais de forma negativa, embora, provavelmente, sejam consideradas positivas, à medida que o corpo da pessoa se torna mais alinhado com o seu gênero, com a possibilidade de abrir novos caminhos para o prazer e a satisfação sexuais (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Existem inúmeros exemplos disso na literatura disponível:

- A cirurgia pode causar uma diminuição, uma perda total ou um possível aumento da estimulação erógena e/ou da sensação obtida, comparativamente com a anatomia da pessoa antes da cirurgia (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Uma determinada opção cirúrgica pode estar associada a limitações específicas da função sexual, que se podem manifestar imediatamente, no futuro, ou em ambos os momentos, e que as pessoas devem ter em consideração antes de concluir o processo de escolha das diferentes opções cirúrgicas (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- As complicações pós-cirúrgicas podem afetar negativamente a função sexual, quer diminuindo a qualidade da função sexual (por exemplo, desconforto ou dor durante a atividade sexual) quer impedindo relações sexuais satisfatórias (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

De um modo geral, a satisfação com qualquer procedimento médico é fortemente influenciada pelas expectativas da pessoa (Padilla et al., 2019). Além disso, quando as pessoas têm expectativas irrealistas antes do procedimento, têm uma probabilidade muito superior de não ficar satisfeitas com os resultados, com os cuidados e com as pessoas profissionais de saúde (Padilla et al., 2019). Consequentemente, é importante fornecer informações adequadas sobre as opções de procedimentos, entender e ter em consideração o que é importante para a pessoa em relação aos resultados (Garcia, 2021). Por último, é importante que profissionais de saúde garantam que as pessoas compreendem os potenciais efeitos adversos de um determinado procedimento sobre a sua função e prazer sexuais, para que possa ser tomada uma decisão bem informada. Isto é relevante tanto para cumprir os padrões de consentimento informado (ou seja, análise e compreensão) como para proporcionar uma oportunidade de prestar esclarecimentos adicionais às pessoas e, se tal for pretendido, às suas pessoas parceiras (Glaser et al., 2020).

Declaração 17.6

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgênero e de gênero diverso, aconselhem pessoas adolescentes e adultas sobre a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

A OMS (2015) recomenda que profissionais de saúde implementem comunicações sintéticas, relacionadas com a sexualidade, no âmbito dos cuidados de saúde primários para todas as pessoas adolescentes e adultas. Portanto, as pessoas TGD, que forem sexualmente ativas, ou que estiverem a ponderar ter atividade sexual, podem beneficiar das informações ou do aconselhamento, relacionados com

sexualidade, com objetivos de prevenção de VIH ou IST. Esses diálogos são especialmente importantes, já que as pessoas TGD são desproporcionalmente afetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e por outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), comparativamente a pessoas cisgênero (Baral et al., [2013](#); Becasen et al., [2018](#); Poteat et al., [2016](#)). No entanto, há poucos dados disponíveis para ISTs, que não VIH, tais como clamídia, gonorreia, sífilis, hepatite viral e herpes simplex (Tomson et al., [2021](#)). O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA estima que as mulheres transgênero têm uma probabilidade 12 vezes superior à de outras pessoas adultas de viver com VIH (UNAIDS, [2019](#)). Uma meta-análise calculou uma prevalência global combinada de VIH de 19% em mulheres transgênero que têm sexo com homens (Baral et al., [2013](#)). O risco para VIH ou IST está concentrado em subgrupos TGD, na confluência de múltiplas vulnerabilidades biológicas, psicológicas, interpessoais e estruturais. Em especial, as pessoas transfemininas, que têm sexo com homens cisgênero, pertencem a grupos raciais/étnicos minoritários, vivem em situação de pobreza e realizam trabalho sexual de sobrevivência com elevado risco para VIH ou IST (Becasen et al., [2018](#); Poteat et al., [2015](#); Poteat et al., [2016](#)). Sabe-se menos sobre o risco para VIH ou IST em homens transgênero ou pessoas de gênero diverso ASFAN. Pequenos estudos, em países de alto rendimento, indicam uma prevalência de VIH, confirmada laboratorialmente, de 0 - 4% em pessoas transmasculinas (Becasen et al., [2018](#); Reisner & Murchison, [2016](#)). Não há praticamente nenhum estudo realizado com pessoas transmasculinas que têm sexo com homens cisgênero em países com alta prevalência de VIH. Apesar da limitação dos dados epidemiológicos, as pessoas transmasculinas, que têm sexo com homens cisgênero, relatam frequentemente risco para VIH ou IST relacionado com sexo vaginal

e/ou anal receptivo (Golub et al., [2019](#); Reisner et al., [2019](#); Scheim et al., [2017](#)) e podem ser mais suscetíveis a infecção por VIH por relação sexual vaginal do que mulheres cisgênero (pré-menopáusicas) devido à atrofia vaginal, relacionada com a terapia hormonal.

Profissionais de saúde terão de complementar as diretrizes genéricas, desenvolvendo os conhecimentos e as competências necessárias para abordar questões de saúde sexual com pessoas TGD, como seja a utilização de linguagem de afirmação de gênero (ver Declaração 17.1 neste capítulo). É fundamental que profissionais de saúde evitem suposições sobre o risco para VIH ou IST de uma pessoa apenas com base na identidade de gênero ou na anatomia. Por exemplo, muitas pessoas transgênero não são sexualmente ativas e as pessoas TGD podem usar próteses ou brinquedos para o sexo. Para prestar aconselhamento adequado sobre prevenção, profissionais de saúde devem colocar questões sobre as atividades sexuais específicas em que as pessoas TGD se envolvem e as partes do corpo (ou as próteses) envolvidas nessas atividades (ACON, [2022](#)). Profissionais de saúde com boa preparação (incluindo, entre outras, pessoas que prestam cuidados de saúde mental) também podem proporcionar aconselhamento aprofundado para abordar os determinantes subjacentes ao risco para VIH ou IST (ver Declaração 17.3 neste capítulo).

Em todos os casos, profissionais de saúde devem ser sensíveis às histórias coletivas e individuais das pessoas TGD (por exemplo, estereótipos e estigmatização sobre sexualidades trans e disforia de gênero) e devem explicar às pessoas os motivos para as questões relacionadas com a sexualidade e a natureza voluntária desses inquéritos. Profissionais de saúde, quando abordam a prevenção de VIH ou IST, devem referir toda

a gama de opções de prevenção, incluindo métodos de barreira, profilaxia pós-exposição (PEP), profilaxia pré-exposição (PrEP) e tratamento do VIH, para prevenir a transmissão subsequente (OMS, 2021). As considerações específicas sobre pessoas trans, quanto a profilaxia pré e pós-exposição, são abordadas na Declaração 17.8.

Declaração 17.7

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgénero e de género diverso, sigam as diretrizes locais e da Organização Mundial da Saúde quanto a rastreio, prevenção e tratamento do vírus da imunodeficiência humana ou infeções sexualmente transmissíveis (VIH ou IST).

Tal como para pessoas cisgénero, o rastreio para VIH ou ISTs deve ser disponibilizado a pessoas adolescentes e adultas TGD, em conformidade com as diretrizes existentes e com base no seu risco individual de infeção por VIH ou ISTs, tendo em consideração a anatomia e os comportamentos e não apenas a identidade de género. Quando não estiverem disponíveis diretrizes locais ou nacionais, a OMS (2019a) fornece recomendações globais; é recomendado um rastreio mais frequente para pessoas transgénero que têm sexo com homens cisgénero, dado constituírem uma das principais populações afetadas pelo VIH.

As cirurgias genitais e as técnicas cirúrgicas de afirmação de género têm implicações para os riscos de ISTs e para as necessidades de rastreio, tal como descrito nas diretrizes recentes dos Centros para Controlo de Doenças dos EUA (Workowski et al., 2021). Por exemplo, pessoas transfemininas, que foram submetidas a vaginoplastia por inversão peniana, usando apenas pele peniana e escrotal para revestir o canal vaginal, têm, provavelmente, um risco inferior para infeções urogenitais por *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) e

Neisseria gonorrhoeae (*N. gonorrhoeae*), mas técnicas cirúrgicas mais recentes, que utilizam mucosas bucais ou uretrais, ou retalhos do peritoneu, poderiam, em teoria, aumentar a suscetibilidade para ISTs bacterianas, comparativamente com a utilização exclusiva de pele peniana ou escrotal (Van Gerwen et al., 2021). O rastreio de rotina de ISTs da neovagina (se for exposta) é recomendado para todas as pessoas transfemininas, que foram submetidas a vaginoplastia (Workowski et al., 2021). Para pessoas transmasculinas, que realizaram metoidioplastia com alongamento uretral, mas não vaginectomia, o teste para ISTs bacterianas urogenitais deve incluir um esfregaço do colo do útero, dado que as infeções podem não ser detetadas na urina (Workowski et al., 2021).

Adicionalmente, é importante que profissionais de saúde disponibilizem testes em diversos locais anatómicos, dado que as ISTs em pessoas transgénero são frequentemente extragenitais (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). Compatível com as recomendações da OMS (2020), a autocolheita de amostras para testes de ISTs deve ser disponibilizada como opção, especialmente se as pessoas se sentirem desconfortáveis ou não quiserem submeter-se a colheita de amostras realizada por profissionais de saúde, devido a disforia de género, a antecedentes traumáticos, ou a ambos. Quando for relevante, a integração do teste de VIH ou IST com a serologia regular, usada para monitorizar a terapia hormonal, pode facilitar o acesso aos cuidados de saúde (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

Declaração 17.8

Recomendamos que profissionais de saúde, que prestam cuidados a pessoas transgénero e de género diverso, abordem as preocupações sobre possíveis interações entre medicamentos antirretrovirais e hormonas.

Para pessoas adolescentes e adultas TGD com risco elevado para infecção por VIH (geralmente definido como uma relação estável serodiscordante ou sexo sem preservativo, fora de uma relação mutuamente monogâmica, com uma pessoa parceira que se sabe ser negativa para o VIH; WHO, 2017), a profilaxia pré-exposição (PrEP) constitui uma importante opção para prevenção do VIH (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; OMS, 2021). Para incentivar a adoção da PrEP, em 2021, os Centros para Controlo de Doenças dos EUA recomendaram que todas as pessoas adolescentes e adultas, sexualmente ativas, fossem informadas sobre a PrEP e esta lhes fosse disponibilizada, se solicitada (CDC, 2021). Para o tratamento de pessoas que vivem com VIH, há diretrizes específicas disponíveis para pessoas transgénero em alguns contextos (por exemplo, Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

Tanto para a prevenção como para o tratamento do VIH, existem considerações, sobre posologia e administração dos antirretrovirais, específicas para pessoas TGD. Atualmente, para a PrEP oral, apenas a administração diária é recomendada para pessoas TGD, já que os estudos que demonstram a eficácia da PrEP em regimes baseados nas práticas sexuais com emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (TDF) foram limitados a homens cisgénero (WHO, 2019c). Além disso, apesar de a emtricitabina/tenofovir alafenamida (TAF) ser uma nova opção para PrEP oral, disponível a partir do início de 2022, não é recomendada para pessoas com risco de infecção por VIH, através de sexo vaginal recetivo, devido à falta de evidência (CDC, 2021). Por último, a disponibilidade das formulações injetáveis de ação prolongada, tanto para PrEP como para o tratamento de VIH, tem vindo a aumentar (por exemplo, cabotegravir para PrEP) e, embora sejam recomendadas para todas as pessoas que

possam beneficiar de opções injetáveis, os locais de injeção indicados (ou seja, o músculo glúteo) podem não ser adequados para pessoas que utilizaram fillers (materiais de preenchimento) para tecidos moles (Rael et al., 2020).

Há pouca evidência que sustente a ocorrência de interações medicamentosas entre hormonas de afirmação de género e medicamentos para PrEP. Alguns pequenos estudos, principalmente com base no autorrelato de utilização de PrEP, indicaram concentrações reduzidas dos fármacos da PrEP em mulheres transgénero a realizar terapia hormonal, embora as concentrações se tenham mantido dentro do intervalo de proteção (Yager & Anderson, 2020). Um estudo subsequente, sobre interações medicamentosas, usando terapia de PrEP observada diretamente, não conseguiu detetar qualquer impacto da terapia hormonal sobre as concentrações das substâncias ativas da PrEP em mulheres transgénero e descobriu que mulheres e homens transgénero, a realizar terapia hormonal, atingiram níveis elevados de proteção contra a infecção por VIH (Grant et al., 2020). Mais importante ainda, para muitas pessoas TGD, não foi detetado nenhum impacto da PrEP sobre as concentrações hormonais. Relativamente ao tratamento do VIH, alguns medicamentos antirretrovirais específicos podem afetar as concentrações hormonais; no entanto, estas podem ser geridas através da seleção de agentes alternativos, monitorizando e ajustando a posologia das hormonas, ou ambos (Cirrincione et al., 2020), conforme indicado nas diretrizes do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). No entanto, as preocupações sobre interações medicamentosas, especialmente as interações que podem limitar as concentrações hormonais, constituem um obstáculo à implementação e ao

cumprimento da terapêutica antirretroviral para prevenção ou tratamento do VIH (Radix et al., [2020](#); Sevelius et al., [2016](#)). Consequentemente, é aconselhável que profissionais de saúde abordem essas preocupações de forma proativa com as pessoas candidatas a PrEP ou a tratamento do VIH. A integração da PrEP ou do tratamento do HIV com a terapia hormonal pode reduzir ainda mais as barreiras à implementação e ao cumprimento da terapêutica (Reisner, Radix et al., [2016](#)).

A integração pode ser obtida através da referenciação ou da coordenação com especialista em VIH se quem presta cuidados primários não possui as competências necessárias. Algumas pessoas TGD podem beneficiar de PrEP autónoma ou de serviços de saúde sexual que proporcionem maior privacidade e flexibilidade e, consequentemente, são necessários modelos diferenciados de prestação de serviços (Wilson et al., [2021](#)).

CAPÍTULO 18 Saúde Mental

Este capítulo destina-se a fornecer orientações a profissionais de saúde e profissionais de saúde mental que disponibilizam cuidados de saúde mental a pessoas adultas transgênero e de gênero diverso (TGD). Não pretende ser um substituto aos capítulos sobre a análise ou avaliação de pessoas para intervenções hormonais ou cirúrgicas. Muitas pessoas TGD não precisarão de terapia, ou de outras formas de cuidados de saúde mental, como parte de sua transição, enquanto outras poderão beneficiar do apoio de profissionais e sistemas de saúde mental (Dhejne et al., 2016).

Alguns estudos mostraram uma maior prevalência de depressão (Witcomb et al., 2018), ansiedade (Bouman et al., 2017) e ideação suicida (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) em pessoas TGD (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019) do que na população em geral, especialmente nas que solicitam procedimentos médicos de afirmação de gênero, clinicamente necessários (ver a

declaração sobre clinicamente necessário no Capítulo 2 - Aplicabilidade Global, Declaração 2.1). No entanto, a identidade transgênero não é uma doença mental e essas taxas elevadas têm sido associadas a traumas complexos, estigmatização social, violência e discriminação (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). Além disso, a sintomatologia psiquiátrica diminui com os cuidados médicos e cirúrgicos adequados para a afirmação de gênero (Aldridge et al., 2020; Almazan e Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) e com intervenções que diminuem a discriminação e o stress das minorias (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Os cuidados de saúde mental têm de ser prestados por profissionais que respeitem a autonomia da pessoa e reconheçam a diversidade de gênero, o mesmo se aplicando aos sistemas utilizados para a respetiva implementação. Profissionais de saúde mental, que trabalham com pessoas transgênero, devem usar a escuta ativa como método para incentivar a exploração em pessoas que têm dúvidas sobre a sua identidade de gênero.

Declarações de Recomendação

18.1 - Recomendamos que profissionais de saúde mental abordem os sintomas associados à saúde mental, que interferem na capacidade de uma pessoa para dar consentimento aos procedimentos de afirmação de gênero, antes de iniciar qualquer procedimento de afirmação de gênero.

18.2 - Recomendamos que profissionais de saúde mental disponibilizem cuidados e apoio a pessoas transgênero e de gênero diverso, para abordar os sintomas associados à saúde mental, que interferem com a capacidade de uma pessoa participar em cuidados perioperatórios essenciais, antes da cirurgia de afirmação de gênero.

18.3 - Recomendamos que, quando existirem sintomas significativos de saúde mental ou de consumo de substâncias, o possível impacto negativo, que os sintomas associados à saúde mental possam ter nos resultados, com base na natureza do procedimento cirúrgico de afirmação de gênero específico, seja avaliado por profissionais de saúde mental.

18.4 - Recomendamos que profissionais de saúde avaliem a necessidade de apoio psicossocial e prático para pessoas transgênero e de gênero diverso, no período perioperatório relativo à cirurgia de afirmação de gênero.

18.5 - Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem e apoiem pessoas transgênero e de gênero diverso a deixarem de usar tabaco/nicotina, antes da cirurgia de afirmação de gênero.

18.6 - Recomendamos que profissionais de saúde mantenham a terapia hormonal existente, caso uma pessoa transgênero e de gênero diverso tenha de ser internada numa unidade médica ou psiquiátrica, a menos que tal seja contraindicado.

18.7 - Recomendamos que profissionais de saúde garantam que, se pessoas transgênero e de gênero diverso necessitarem de cuidados de saúde física, mental ou por consumo de substâncias, em regime de internamento ou no domicílio, todo o pessoal utiliza o nome e pronomes corretos (tal como indicado pela pessoa TGD) e proporciona o acesso a instalações sanitárias e dormitórios que estejam de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

18.8 - Recomendamos que profissionais de saúde mental incentivem, apoiem e capacitem as pessoas transgênero e de gênero diverso a desenvolver e a manter sistemas de apoio social, incluindo colegas, amigos e familiares.

18.9 - Recomendamos que profissionais de saúde não obriguem pessoas transgênero e de gênero diverso a submeter-se a psicoterapia, antes do início do procedimento de afirmação de gênero, embora reconhecendo que a psicoterapia possa ser útil para algumas pessoas transgênero e de gênero diverso.

18.10 - Recomendamos que não sejam propostas terapias «reparadoras» e de «conversão», com o objetivo de tentar mudar a identidade de gênero e a expressão de gênero vivenciada de uma pessoa, de modo a tornar-se mais congruente com o sexo atribuído à nascença

Em vez de impor as suas próprias narrativas ou preconceitos, devem apoiar as pessoas a determinar os seus próprios percursos. Apesar de muitas pessoas transgénero necessitarem de intervenções médicas ou cirúrgicas, ou procurarem cuidados de saúde mental, há outras que não necessitam (Margulies et al., [2021](#)). Consequentemente, os resultados de estudos que envolvem populações clínicas não devem ser extrapolados para a totalidade da população transgénero. Abordar a doença mental e as perturbações associadas ao consumo de substâncias é importante, mas não deve constituir um obstáculo para cuidados de saúde relacionados com a transição. Pelo contrário, essas intervenções, para abordar a saúde mental e as perturbações associadas ao consumo de substâncias, podem facilitar o sucesso dos resultados dos cuidados de saúde relacionados com a transição, que, por sua vez, podem melhorar a qualidade de vida (Nobili et al., [2018](#)).

Todas as afirmações feitas neste capítulo foram recomendadas com base numa revisão exaustiva da evidência, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores e nas preferências de quem presta os cuidados e de quem os recebe e na utilização e viabilidade dos recursos. Em alguns casos, reconhecemos que a evidência é reduzida e/ou os serviços podem não ser acessíveis nem vantajosos.

Declaração 18.1

Recomendamos que profissionais de saúde mental abordem os sintomas associados à saúde mental, que interferem na capacidade de uma pessoa para dar consentimento, aos procedimentos de afirmação de género, antes de iniciar qualquer procedimento de afirmação de género.

Porque geralmente se assume que as pessoas são capazes de dar consentimento para os cuidados de saúde, saber se a existência de

défice cognitivo, psicose ou outra doença mental pode comprometer a capacidade para dar consentimento informado, depende de um exame individual (Applebaum, [2007](#)). O consentimento informado é fundamental para a prestação de cuidados de saúde. Quem presta cuidados de saúde deve informar as pessoas sobre os riscos, benefícios e alternativas a qualquer tipo de cuidado de saúde proposto, para que a pessoa possa fazer uma escolha informada e voluntária (Berg et al., [2001](#)). O consentimento informado deve ser obtido por profissionais de cuidados de saúde primários, por endocrinologistas e por quem realiza as cirurgias. Da mesma forma, profissionais de saúde mental obtêm consentimento informado para procedimentos a nível da saúde mental e podem verificar a capacidade de uma pessoa para dar consentimento informado, quando isso estiver em questão. Doenças psiquiátricas e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, em particular défice cognitivo e psicose, podem prejudicar a capacidade de uma pessoa para compreender os riscos e benefícios do procedimento (Hostiuc et al., [2018](#)). Inversamente, uma pessoa também pode ter uma doença mental relevante e, ainda assim, ser capaz de compreender os riscos e benefícios de um determinado procedimento (Carpenter et al., [2000](#)). A comunicação multidisciplinar é importante em casos exigentes e, consoante necessário, deve ser utilizada a consulta a especialistas (Karasic & Fraser, [2018](#)). Para muitas pessoas, a dificuldade em compreender os riscos e benefícios de um determinado procedimento pode ser ultrapassada com o tempo e com uma explicação cuidadosa. Para algumas pessoas, o tratamento da condição subjacente, que interfere com a capacidade de dar consentimento informado - por exemplo, o tratamento de uma psicose subjacente - irá permitir que a pessoa obtenha a capacidade para dar

consentimento ao procedimento necessário. No entanto, os sintomas associados à saúde mental, tais como ansiedade ou sintomas depressivos, que não afetam a capacidade de dar consentimento, não devem constituir um obstáculo para o procedimento médico de afirmação de género, especialmente porque se sabe que esse procedimento reduz a sintomatologia associada à saúde mental (Aldridge et al., [2020](#)).

Declaração 18.2

Recomendamos que profissionais de saúde mental disponibilizem cuidados e apoio a pessoas transgénero e de género diverso, para abordar os sintomas associados à saúde mental, que interferem com a capacidade de uma pessoa participar em cuidados perioperatórios essenciais, antes da cirurgia de afirmação de género.

A incapacidade de participar adequadamente nos cuidados perioperatórios, devido a doença mental, ou ao consumo de substâncias, não deve ser considerada como um obstáculo aos cuidados de saúde de transição necessários, mas deve ser vista como uma indicação de que devem ser disponibilizados cuidados de saúde mental e apoios sociais (Karasic, 2020). Doenças mentais e perturbações associadas ao consumo de substâncias podem comprometer a capacidade da pessoa de participar nos cuidados de saúde perioperatórios (Barnhill, [2014](#)). Para se obterem bons resultados, pode ser necessário o acompanhamento por profissionais de saúde, cuidados com as feridas cirúrgicas e outras medidas após os procedimentos (por exemplo, dilatação após vaginoplastia). Uma pessoa que apresente uma perturbação associada ao consumo de substâncias pode ter dificuldade em manter as consultas necessárias com quem presta cuidados primários e com quem realiza a cirurgia. Uma pessoa com psicose ou com depressão grave pode negligenciar os cuidados com a ferida cirúrgica ou não estar atenta a sinais de

infecção ou de deiscência (Lee, Marsh et al., 2016). A doença mental ativa está associada a uma maior necessidade de cuidados agudos adicionais, tanto médicos como cirúrgicos, após a cirurgia inicial (Wimalawansa et al., [2014](#)).

Nesses casos, o tratamento da doença mental ou da perturbação associada ao consumo de substâncias pode ajudar a alcançar bons resultados. Obter mais apoio para a pessoa, por parte da família, de amigos ou de profissionais de saúde no domicílio, pode ajudar a pessoa a participar o suficiente nos cuidados perioperatórios, para que a cirurgia possa prosseguir. Os benefícios dos tratamentos de saúde mental, que possam atrasar a cirurgia, devem ser ponderados relativamente aos riscos de atrasar a cirurgia, devendo incluir uma avaliação do impacto, que esses atrasos podem causar, sobre a saúde mental das pessoas, especialmente no que toca à disforia de género (Byne et al., [2018](#)).

Declaração 18.3

Recomendamos que, quando existirem sintomas significativos associados à saúde mental ou de consumo de substâncias, o possível impacto negativo, que os sintomas associados à saúde mental possam ter nos resultados, com base na natureza do procedimento cirúrgico de afirmação de género específico, seja avaliado por profissionais de saúde mental.

Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de género variam em termos do respetivo impacto sobre a pessoa. Alguns procedimentos implicam uma maior capacidade para cumprir o planeamento pré-operatório, bem como para participar nos cuidados peri e pós-operatórios, para alcançar os melhores resultados (Tollinche et al., [2018](#)). Os sintomas associados à saúde mental podem influenciar a capacidade de uma pessoa para participar no planeamento e nos cuidados perioperatórios necessários

em qualquer procedimento cirúrgico (Paredes et al., [2020](#)). A avaliação da saúde mental pode proporcionar uma oportunidade para desenvolver estratégias de abordagem ao potencial impacto negativo que os sintomas associados à saúde mental podem ter nos resultados e para planejar formas de apoiar a capacidade da pessoa de participar no planeamento e nos cuidados de saúde. Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de género demonstraram aliviar os sintomas associados à disforia de género e melhorar a saúde mental (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., [2017](#)). Esses benefícios são ponderados relativamente aos riscos de cada procedimento, quando a pessoa, juntamente com quem presta os cuidados, decide se deve ou não prosseguir com o procedimento. Profissionais de saúde podem ajudar as pessoas TGD a rever o planeamento e as instruções de cuidados perioperatórios, para cada procedimento cirúrgico (Karasic, 2020). A pessoa e quem lhe presta cuidados podem, em colaboração, determinar qual o apoio, ou os recursos necessários, para manter a comparência às consultas de cuidados perioperatórios, obter os meios necessários, abordar questões financeiras e tratar de outras coordenações e planeamentos pré-operatórios. Além disso, podem ser exploradas questões sobre expectativas relacionadas com a aparência e as funções, incluindo o impacto desses vários fatores sobre a disforia de género.

Declaração 18.4

Recomendamos que profissionais de saúde avaliem a necessidade de apoio psicossocial e prático para pessoas transgénero e de género diverso, no período perioperatório relativo à cirurgia de afirmação de género.

Profissionais de saúde, independentemente da especialidade, têm a responsabilidade de apoiar as pessoas no acesso aos cuidados de saúde clinicamente necessários. Quando trabalham com pessoas TGD, durante o período de preparação para procedimentos

cirúrgicos de afirmação de género, devem avaliar os níveis de apoio psicossocial e prático necessários (Deutsch, [2016b](#)). A avaliação é o primeiro passo para perceber onde é que poderá ser necessário apoio adicional e para melhorar a capacidade de trabalho conjunto com a pessoa, para atravessar, com sucesso, os períodos pré, peri e pós-cirúrgico (Tollinche et al., [2018](#)). No período perioperatório, é importante ajudar as pessoas a otimizar o funcionamento, a garantir alojamento estável, quando possível, a construir redes de apoios sociais e familiares, avaliando cada situação específica, a planejar formas de responder a complicações clínicas, a analisar o possível impacto sobre o trabalho ou o rendimento e a superar obstáculos adicionais, com que algumas pessoas se podem deparar, tais como lidar com o uso da eletrólise e a cessação tabágica (Berli et al., [2017](#)). Num sistema médico complexo, nem todas as pessoas serão capazes de se orientar sozinhas através dos procedimentos necessários para obter cuidados de saúde; profissionais de saúde e pares com experiência podem apoiar as pessoas ao longo desse processo (Deutsch, [2016a](#)).

Declaração 18.5

Recomendamos que profissionais de saúde aconselhem e apoiem pessoas transgénero e de género diverso a deixarem de usar tabaco ou nicotina, antes da cirurgia de afirmação de género.

As populações transgénero apresentam taxas mais elevadas de consumo de tabaco e nicotina (Kidd et al., [2018](#)). No entanto, muitas desconhecem os bem documentados riscos de saúde associados ao tabagismo (Bryant et al., [2014](#)). O consumo de tabaco aumenta o risco de desenvolver problemas de saúde (por exemplo, trombose) em pessoas que fazem terapia hormonal de afirmação de género, especialmente estrogénios (Chipkin & Kim, [2017](#)).

Os hábitos tabágicos têm sido associados a piores resultados na cirurgia plástica, incluindo complicações gerais, necrose dos tecidos e necessidade de revisão cirúrgica (Coon et al., 2013). O tabagismo também aumenta o risco de infecções pós-operatórias (Kaoutzanis et al., 2019). Os hábitos tabágicos demonstraram afetar o processo de cicatrização, após qualquer cirurgia, incluindo cirurgias relacionadas com o género (por exemplo, cirurgia reconstrutiva do peito, cirurgia genital) (Pluvy, Garrido et al., 2015). Quem usa tabaco apresenta um risco superior para necrose cutânea, para atraso na cicatrização e para problemas com cicatrizes devido a hipoxia e isquemia dos tecidos (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). Tendo isto em consideração, as pessoas cirurgiãs recomendam a interrupção do uso de tabaco ou nicotina, antes da cirurgia de afirmação de género, e a abstinência de hábitos tabágicos até várias semanas após a cirurgia, até que a ferida tenha cicatrizado completamente (Matei & Danino, 2015). Apesar dos riscos, a cessação pode ser difícil. Os hábitos tabágicos e o uso de nicotina são aditivos e também são usados como mecanismos de defesa (Matei et al., 2015). Profissionais de saúde que atendem as pessoas, de forma longitudinal, antes da cirurgia, incluindo profissionais de saúde mental e de cuidados primários, devem abordar o uso de tabaco ou nicotina com as pessoas a quem prestam cuidados e ajudar as pessoas TGD a aceder a programas de cessação tabágica ou fornecer tratamento direto (por exemplo, vareniclina ou bupropiona).

Declaração 18.6

Recomendamos que profissionais de saúde mantenham a terapia hormonal existente, caso uma pessoa transgénero e de género diverso tenha de ser internada numa unidade médica ou psiquiátrica, a menos que tal seja contraindicado.

As pessoas TGD que sejam internadas em

unidades psiquiátricas, unidades médicas ou para tratamento de consumo de substâncias, devem manter os esquemas hormonais que estão a fazer nesse momento. Não existem quaisquer evidências que suportem a cessação das hormonas, meramente por rotina, antes das admissões médicas ou psiquiátricas. Raramente, uma pessoa recém-admitida pode ser diagnosticada com uma complicação médica que implique a suspensão da terapia hormonal, por exemplo, um tromboembolismo venoso agudo (Deutsch, 2016a). Não há evidência robusta que sustente a interrupção da terapia hormonal, antes da cirurgia, meramente por rotina, e os riscos e benefícios para cada pessoa devem ser avaliados antes de o fazer (Boskey et al., 2018).

A terapia hormonal demonstrou melhorar a qualidade de vida e diminuir a depressão e a ansiedade (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). O acesso a procedimentos médicos de afirmação de género está associado a uma redução substancial no risco de tentativas de suicídio (Bauer et al., 2015). Descontinuar as hormonas prescritas periodicamente a uma pessoa impede esses efeitos positivos e, conseqüentemente, pode ser contrário aos objetivos do internamento.

Algumas pessoas, que prestam cuidados de saúde, podem não ter conhecimento do baixo risco para malefícios, nem do benefício, altamente provável, em continuar com o procedimento relacionado com a transição, em contexto de internamento. Um estudo em escolas médicas dos EUA e do Canadá revelou que estudantes receberam uma média de 5 horas de conteúdos letivos relacionado com assuntos LGBT ao longo dos quatro anos do curso (Obedin-Maliver et al., 2011). De acordo com um inquérito a pessoas médicas de Medicina de Emergência, que são frequentemente responsáveis por tomar decisões rápidas

sobre medicamentos na admissão das pessoas, enquanto 88% relataram prestar cuidados a pessoas transgênero, apenas 17,5% tinham recebido alguma formação formal sobre essa população (Chisolm-Straker et al., 2018). À medida que aumenta a formação sobre temas transgênero, há cada vez mais profissionais de saúde a ter consciência da importância de manter os esquemas hormonais nas pessoas transgênero durante o internamento.

Declaração 18.7

Recomendamos que profissionais de saúde garantam que, se pessoas transgênero e de gênero diverso necessitarem de cuidados de saúde física, mental ou por consumo de substâncias, em regime de internamento ou no domicílio, todo o pessoal utiliza o nome e pronomes corretos (tal como indicado pela pessoa TGD) e proporciona o acesso a instalações sanitárias e dormitórios que estejam de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

Muitas pessoas TGD são alvo de discriminação em inúmeros contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo hospitais, unidades de saúde mental e programas de tratamento para o consumo de substâncias (Grant et al., 2011). Quando os sistemas de saúde falham no acolhimento às pessoas TGD, estão a reforçar a exclusão social de longa data a que muitas já foram sujeitas (Karasic, 2016). As experiências de discriminação, em contexto de prestação de cuidados de saúde, fazem com que estes, mesmo quando necessários, sejam evitados devido à discriminação antecipada (Kcomt et al., 2020). A experiência de discriminação vivenciada por pessoas TGD é preditiva da ideação suicida (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). O stress das minorias de gênero, juntamente com a rejeição e a ausência de afirmação, também tem sido associado à ideação suicida (Testa et al., 2017). A negação de acesso a casas de banho adequadas ao gênero tem sido associada a um aumento da

ideação suicida (Seelman, 2016). No entanto, a utilização dos nomes escolhidos pelas pessoas TGD tem sido associado a menor depressão e ideação suicida (Russell et al., 2018). A transfobia estrutural, bem como a internalizada, deve ser abordada para reduzir a incidência de tentativas de suicídio em pessoas TGD (Brumer et al., 2015). Para prestar cuidados de saúde bem-sucedidos, os locais onde aqueles são prestados têm de minimizar os danos causados às pessoas, devidos à transfobia, respeitando e acolhendo as identidades TGD.

Declaração 18.8

Recomendamos que profissionais de saúde mental incentivem, apoiem e capacitem as pessoas transgênero e de gênero diverso a desenvolver e a manter sistemas de apoio social, incluindo colegas, amigos e familiares.

Embora o stress das minorias e os efeitos diretos da discriminação social possam ser prejudiciais para a saúde mental das pessoas TGD, um forte apoio social pode ajudar a diminuir esses danos (Trujillo et al., 2017). Frequentemente, as crianças TGD internalizam a rejeição de familiares e colegas, bem como a transfobia que as rodeia (Amodeo et al., 2015). Adicionalmente, a exposição ao abuso transfóbico pode ter um impacto enorme ao longo de toda a vida de uma pessoa e pode ser especialmente aguda durante os anos da adolescência (Nuttbrock et al., 2010).

O desenvolvimento de apoios sociais afirmativos protege a saúde mental. O apoio social pode atuar como amortecedor perante as consequências adversas para a saúde mental da violência, do estigma e da discriminação (Bockting et al., 2013), pode apoiar a orientação nos sistemas de saúde (Jackson Levin et al., 2020) e pode contribuir para a resiliência psicológica das pessoas TGD (Bariola et al., 2015; Başar e Öz, 2016). Verificou-se que diversas fontes de apoio

social, especialmente pares e familiares LGBTQ +, estão associadas a melhores resultados na saúde mental, de bem-estar e de qualidade de vida (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). O apoio social foi proposto para facilitar o desenvolvimento de mecanismos de defesa e proporcionar experiências emocionais positivas, ao longo do processo de transição (Budge et al., 2013).

Profissionais de saúde podem apoiar as pessoas no desenvolvimento de sistemas de apoio social, que lhes permitam ser reconhecidas e aceitas com a sua verdadeira identidade e ajudá-las a lidar com os sintomas associados à disforia de género. Problemas interpessoais e falta de apoio social têm sido associados a uma maior incidência de dificuldades a nível da saúde mental em pessoas TGD (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015) e demonstraram ser um preditor de resultados do procedimento médico de afirmação de género (Aldridge et al., 2020). Consequentemente, profissionais de saúde devem incentivar, apoiar e capacitar as pessoas TGD para que desenvolvam e mantenham sistemas de apoio social. Essas experiências podem promover o desenvolvimento de competências interpessoais e ajudar a lidar com a discriminação social, com probabilidade de reduzir a ideação suicida e melhorar a saúde mental (Pflum et al., 2015).

Declaração 18.9

Recomendamos que profissionais de saúde não obriguem pessoas transgénero e de género diverso a submeter-se a psicoterapia, antes do início do procedimento de afirmação de género, embora reconhecendo que a psicoterapia possa ser útil para algumas pessoas transgénero e de género diverso.

A psicoterapia tem uma longa história de utilização na prática clínica com pessoas

TGD (Fraser, 2009b). Os objetivos, requisitos, métodos e princípios da psicoterapia têm sido uma componente das Normas de Cuidados de Saúde, que tem vindo a evoluir desde as versões iniciais (Fraser, 2009a). Atualmente, o apoio e o aconselhamento psicoterapêuticos, com pessoas adultas TGD, podem ser procurados para abordar preocupações psicológicas frequentes, relacionadas com a disforia de género, e também podem ajudar algumas pessoas com o processo de «*coming out*» [de «saída do armário» ou de revelação de orientações sexuais e/ou identidades de género] (Hunt, 2014). As intervenções psicológicas, incluindo a psicoterapia, oferecem ferramentas eficazes e proporcionam oportunidades, entre outras, para a pessoa explorar a sua identidade e expressão de género, para melhorar a autoaceitação e a esperança e para potenciar a resiliência em ambientes hostis e incapacitantes (Matsuno e Israel, 2018). A psicoterapia é uma abordagem terapêutica alternativa comprovada, para abordar sintomas associados à saúde mental, que podem ser revelados durante a avaliação inicial ou, mais tarde, durante o acompanhamento para intervenções médicas de afirmação de género. Estudos recentes mostram que, embora os sintomas associados à saúde mental diminuam após o procedimento médico de afirmação de género, os níveis de ansiedade permanecem elevados (Aldridge et al., 2020), sugerindo que a terapia psicológica pode desempenhar um papel na ajuda a pessoas que sofrem de sintomas de ansiedade, após procedimentos de afirmação de género.

Nos últimos anos, foram relatados os usos e potenciais benefícios de modalidades psicoterapêuticas específicas (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Foram propostos modelos específicos de psicoterapia para pessoas adultas transgénero e não binárias (Matsuno &

Israel, [2018](#)). No entanto, são necessários mais dados empíricos sobre os benefícios comparativos dos diferentes modelos psicoterapêuticos (Catelan et al., [2017](#)). A psicoterapia pode ser vivida por pessoas transgênero tanto como uma experiência assustadora como benéfica (Applegarth & Nuttall, [2016](#)) e constitui um desafio para a pessoa terapeuta e para a construção de alianças, quando está associada ao processo de acesso a intervenções médicas (Budge, [2015](#)).

A experiência sugere que muitas pessoas transgênero e não binárias decidem submeter-se a procedimentos médicos de afirmação de gênero, com pouca ou nenhuma utilização da psicoterapia (Spanos et al., [2021](#)). Embora diversas modalidades de psicoterapia possam ser benéficas, por diferentes motivos, antes, durante e depois de procedimentos médicos de afirmação de gênero, e tenham sido notificadas taxas variáveis de vontade de realizar psicoterapia, durante diferentes fases da transição (Mayer et al., [2019](#)), não foi demonstrado que a exigência de psicoterapia, para poder iniciar procedimentos médicos de afirmação de gênero, seja benéfica e, pelo contrário, pode constituir um obstáculo prejudicial para o acesso a cuidados de saúde, tanto para as pessoas que não necessitam desse tipo de procedimento como para as que não lhe podem aceder.

Declaração 18.10

Recomendamos que não sejam propostas terapias «reparadoras» e de «conversão», com o objetivo de tentar mudar a identidade de gênero e a expressão de gênero vivenciada de uma pessoa, de modo a tornar-se mais congruente com o sexo atribuído à nascença.

A utilização de terapias «reparadoras» ou de «conversão», ou os esforços para «mudar» de identidade de gênero, contam com a

oposição de muitas das principais organizações médicas e de saúde mental em todo o mundo, incluindo a Associação Mundial de Psiquiatria, a Organização Pan-Americana da Saúde, as Associações Americanas de Psiquiatria e Psicologia, o Real Colégio Britânico de Psiquiatras e a Sociedade Britânica de Psicologia. Muitos estados americanos implementaram proibições à prática de terapias de conversão em menores. Os esforços para mudar a identidade de gênero referem-se a intervenções por parte de profissionais de saúde mental ou de outras pessoas, que tentam alterar a identidade ou a expressão de gênero, para que fiquem mais alinhadas com as identidades e expressões tipicamente associadas ao sexo atribuído à nascença (American Psychological Association, [2021](#)).

Quem defende a «terapia de conversão» tem sugerido que, eventualmente, poderia permitir que uma pessoa se enquadrasse melhor no seu mundo social. Também referem que algumas pessoas pedem especificamente ajuda para mudar as suas identidades ou expressões de gênero e que as pessoas terapeutas devem ser autorizadas a ajudar as pessoas a alcançar os seus objetivos. Contudo, a «terapia de conversão» não demonstrou ser eficaz (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Além disso, existem inúmeros efeitos negativos possíveis. Em estudos retrospectivos, um historial de submissão a terapias de conversão está relacionado com o aumento dos níveis de depressão, de consumo de substâncias, de ideação suicida e de tentativas de suicídio, bem como a um nível educativo inferior e a um menor rendimento semanal (Ryan et al., [2020](#); Salway et al., [2020](#); Turban, Beckwith et al., [2020](#)). Em 2021, as resoluções da Associação Americana de Psicologia afirmam que «a evidência científica e a prática clínica indicam que os EMIGs [esforços para mudar a identidade de gênero] constituem um risco significativo de

nocividade para as pessoas» (APA, [2021](#)).

Embora continuem a existir obstáculos ao fim definitivo dos esforços para «mudar» a identidade de género, a informação sobre a

falta de benefícios e sobre os potenciais danos dessas práticas pode levar a que haja cada vez menos pessoas a prestar cuidados e a *oferecer* «terapias de conversão» também e menos pessoas e famílias a escolher esse caminho.

Agradecimentos

A Karen A. Robinson, Professora de Medicina da Universidade Johns Hopkins e Diretora do respectivo Centro de Prática Baseada na Evidência e à sua equipa por realizar todas as revisões sistemáticas e pelo seu apoio no desenvolvimento das recomendações que servem de base às SOC-8. *Considerações éticas:* Carol Bayley, Simona Giordano e Sharon Sytsma. *Perspetivas jurídicas:* Jennifer Levi e Phil Duran. *Verificação de referências:* Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Edição:* Margueritte White, Jun Xia. *Apoio administrativo:* Blaine Vella, Taylor O'Sullivan e Jamie Hicks. Finalmente, gostaríamos de agradecer a todas as pessoas participantes, que forneceram comentários durante o período de consulta pública, à GATE (Global Action for Trans Equality), à Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTN), à The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) e à Transgender Europe (TGEU) pelos seus contributos úteis e construtivos sobre uma versão anterior das SOC-8.

Conflito de Interesses

Os conflitos de interesses foram revistos como parte do processo de seleção de membros da comissão e no final do processo, antes da publicação. Nenhum conflito de interesse foi considerado significativo ou pertinente.

Aprovação Ética

Este manuscrito não contém estudos com a participação de seres humanos realizados por nenhuma das pessoas autoras.

Financiamento

Este projeto foi parcialmente financiado por uma subvenção da Fundação Tawani. A maior parte das despesas serviu para pagar ao Centro de Prática Baseada na Evidência da Universidade Johns Hopkins pelo seu trabalho. Às pessoas editoras e verificadoras de referências receberam honorários nominais. As pessoas que pertencem à comissão não foram pagas pelos seus contributos. Algumas despesas de deslocação para presidentes de comissões foram asseguradas pela Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero (WPATH). As despesas com a equipa da WPATH e outras despesas internas foram cobertas pelo orçamento da Associação.

Referências

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>.
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>.
- ACON. (2022). *Sexual Health—Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165–175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>.
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155–2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-01901558y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>.
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>.
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651–657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>.
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192–1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>.
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>.
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health*, 13(1), 41–48. <https://doi.org/10.1108/IJPH08-2016-0040>.
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176–179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>.
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal,

- H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>.
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19 (7), 1019–1024. <https://doi.org/10.1007/s11136010-9668-7>.
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394–402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L.,
- Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study, *Andrology*, 1–9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>.
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A.
- K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>.
- Alexander, T. (1997). *The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analog/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>.
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/medu.14654>.
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>.
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology*

& *Metabolism*, 103(11), 4089–4096.
<https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>.

Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>.

Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187.
<https://doi.org/10.1152/phys-rev.00033.2015>.

Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Griff, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseth, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>.

Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885–894.
<https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>.

Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597.
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018).

Conversion therapy policy statement.
https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx.

American College of Obstetricians and Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>.

American Medical Association. (2016). Definitions of “screening” and “medical necessity” H-320.953. Council on Medical Service.
<https://policysearch.ama-assn.org/policy-finder/detail/H-320.953>

American Medical Association. (2021). *Ethics: Informed consent*.
<https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.

<https://doi.org/10.1037/a0039906>.

American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*.

<https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

American Psychological Association. (2021). *APA resolution on gender identity change efforts*.

<https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>

American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement— American Urological Association*. (n.d.).

<https://www.aunet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>

Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., &

Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among trans- gender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.

Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*.

<https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>

Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>.

Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo,

T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483–488. <https://doi.org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x>.

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>.

Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6–12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>.

Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816–821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>.

Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>.

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>.

Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743–752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>.

Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to

2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>.

Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1–11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>.

Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of transmasculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58–75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>.

Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.

Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>.

APTAN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>

APTAN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf

APTAN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network.

https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf

APTAN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf

APTAN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf

APTAN. (2022). *Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module*. Asia-Pacific Transgender Network <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>.

Arístegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz,

J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446–456. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>.

Armuañd, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., &

- Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383–390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>.
- Armund, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>.
- Armund, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians' self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684–1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>.
- Armund, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805–2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>.
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>.
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>.
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480–482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>.
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>.
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87–89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>.
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>.
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>.
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thromboembolism as a complication of

cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791–795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>.

Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>.

Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>.

Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162–3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>.

Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann,

S. V., Stalla, G.K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>.

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice*

national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/accessed3/14/2022>

Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>

Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender nonconforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>.

Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>.

Austin, A., Craig, S. L., & McNroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297–310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>.

Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf

Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smoke-less tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163–169.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>.

Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>.

Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672–684. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>.

Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410.

Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559–570. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>.

Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322.

Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019).

Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320–3338. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063.

Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9–261.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005>.

Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>.

Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299–314. <https://doi.org/10.1002/phar.2499>.

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.

Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>.

Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of

prosthetic augmentation mammoplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–50. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>.

Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin,

M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>.

Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>.

Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONA.HA.120.16839>.

Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics* 91 (6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>.

Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>.

Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8). B

Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>.

Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>.

Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>.

Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, & D. G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative care of the orthopedic patient* (pp. 197–205). Springer.

Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>

Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231.

<http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>

Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>.

Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>.

Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234. Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>.

Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the lesbi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1–2), 139–155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>.

Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association*

in Nurses in AIDS Care, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>.

Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid-onset gender dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224–227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>.

Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley,

K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148 (5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.

Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121–130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845.

<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.

Beck, A. J. (2014). *Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12*. PREA Data Collection Activities

Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335–2347.

<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>.

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755–1767.

<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>.

Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history.

International Review of Psychiatry 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>.

Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201–2205.

<https://doi.org/10.1111/jsm.13033>.

Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788–796.

<https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>.

Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175–181.

<https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434.

<https://doi.org/10.1037/00332909.114.3.413>.

Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531.

<https://doi.org/10.1155/2018/4840531>.

Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231.

<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>.

Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development:

- Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>.
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>.
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>.
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>.
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400. <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2016.5549>.
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147 (5), 801e–811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898>.
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 “DSDnet.” *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>.
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525–534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>.
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>.
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>.
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction.

Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, 62(4), 303–307.
<https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>.

Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and trans-gender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*, 265, 113412.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>.

Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278–289.
<https://doi.org/10.1037/amp0000419>.

Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International.
https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf

Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651.
<https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>.

Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305.
<https://doi.org/10.1155/2018/9652305>.

Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6).

Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J.

(2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591–603.
<https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>.

Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33–41.
<https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>.

Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29–41L.
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>.

Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*.
[https://doi.org/10.1016/s23524642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s23524642(21)00098-5).

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>.

Bockting, W., & Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-*

out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.

Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook: Keys to a successful transition*. Boedecker.

Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70–82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>.

Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>.

Borghei-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. *SOJ Neurology*, 1(1), 1–3. <https://doi.org/10.15226/2374-6858/1/2/00109>

Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159–169. <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2018.4598>.

Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>.

Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13 (9), 1438–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>.

Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>.

Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>.

Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T. O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29(4), 377–389. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>.

Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1–6.

<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>.

Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among trans- gender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 205–217. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>.

Boyd, J. (2019). *Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults*. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 175–190). Springer.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1820–1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>.

Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 155–168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>.

Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335–354. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>.

Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432–442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>.

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021).

Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.

Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401–412. <https://doi.org/10.1111/sltb.12830>.

Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93–107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>.

Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344–346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>.

Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>.

Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946–955. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2007.00522.x>.

Brik, T., Vrouwenraets, L., Schagen, S. E. E.,

- Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health, 64*(5), 589–593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>.
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism, 20*(4), 341–350. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1651684>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist, 34*(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003066X.34.10.844>.
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology, 18*(11s), S502–s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>.
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 133–139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>.
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 12* (1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>.
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care, 20*(4), 334–342. <https://doi.org/10.1177/1078345814541533>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health, 2*(4), 297–305. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0052>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health, 3*(2), 122–131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>.
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care, 15*(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423>.
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders, 35*(1), 129–136. <https://doi.org/10.1080/136828200247296>.
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope, 131*(7), 1588–1593. <https://doi.org/10.1002/lary.29050>.

- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>.
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259–260. <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>.
- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6). <https://doi.org/10.1007/s11934-0190894-4>.
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>.
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903–910. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003>.
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356–359. <https://doi.org/10.1037/a0032194>.
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287–297. <https://doi.org/10.1037/pst0000034>.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601–647. <https://doi.org/10.1177/0011000011432753>.
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>.
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 164(1), 157–159. <https://doi.org/10.1177/0194599820937675>.
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626–1634. <https://doi.org/10.1111/jsm.12914>.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e–656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003108>.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile

inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138 (5), 999–1007. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002684>.

Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>.

Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O. <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>. Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019).

Health disparities between binary and non-binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3). <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>.

Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>

Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679–686. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>.

Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75–84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>.

Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in trans- female vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, 9 (3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003510>.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. Routledge.

Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>.

Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57–70. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>.

Caceres, B. A., Streed, C. G. Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health;

Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardio-vascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, 142(19), e321–e332.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000914>.

Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34–39. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>.

Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*.

The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf

Callen Lorde. (2020a). *Safer binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/SaferBinding_2018_FINAL.pdf.

Callen Lorde. (2020b). *Safer tucking*. http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.

Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development—A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176–189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.001>.

Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current

gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>.

Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609–616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>.

Canonica, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. *Circulation*, 115 (7), 840–845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>.

Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e–828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000006686>.

Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609–619. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000000545>.

Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573–

584.

<https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003149>.

Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.370>.

Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>.

CARES Foundation. (2020). *Statement on surgery*. <https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>.

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.

Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.

Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex

characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>.

Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>.

Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. [10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156](https://pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156).

Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 127–140. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004>.

Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>.

Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and non-binary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195–201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>.

Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419–426. <https://>

doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119.

Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537–548. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.673639>.

Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049–2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>.

Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373–1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>.

Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325–337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>.

Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741–760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>.

Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>.

Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier.

Census Organization of India. (2015). *Population census 2011*. <https://www.census2011.co.in>

Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://tran-scare.ucsf.edu/guidelines>.

Centers for Disease Control. (2020). *Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care*. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.

Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for translation*. <https://www.cms.gov/OutreachandEducation/Outreach/WrittenMaterialsTookit/ToolkitPart11>

Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>.

Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565–572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.

Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583–586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>.

- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27–33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>.
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>.
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>.
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>.
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>.
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120–123 <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in trans- gender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>.
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>.
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A review of evidence based guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient.

Translational Andrology and Urology, 8(3), 209–218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>.

Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*, 211(3):127–33.

<https://doi.org/10.5694/mja2.50259>.

Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742.

<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>.

Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1).

Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>.

Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739–744. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>.

Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94–95. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>.

Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most

important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238–1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>.

Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>.

Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T.E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA*, 324(4), 369–380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>.

Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and trans-gender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238–1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>.

Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>.

Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy

- intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186–189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>.
- Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565–581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>.
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369–380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>.
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>.
- Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>.
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). “What’s the right thing to do?” Correctional healthcare providers’ knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>.
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth’12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>.
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49–54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131–1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>.
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of*

Sexual Behavior, 34(4), 399–410.
<https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53.
<https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>.

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>.

Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103–109.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>.

Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496–2499.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12628>.

Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987–998.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale,

A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173–180.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>.

Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the “case” definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613–626.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>.

Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305 (26), 1546–1550.
<https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>.

Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407.
<https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>.

Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker,

- M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114–133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>.
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223–230. <https://doi.org/10.1097/HJH.00000000000002632>.
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.119.13080>.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>.
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding transgender elders*. In D. A. Harley, & P. B. Tester, *Handbook of LGBT elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 28–41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>.
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>.
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>.
- Corrective Services New South Wales. (2015). *Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates*, Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>.
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T.M.D.O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology*, 13(8), 456–462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>.
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression,

and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>.

Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>.

Craig, S. L., Austin, A., (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* 64, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>.

Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>.

Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs,

B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M., Tishelman,

A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>.

Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>.

Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M.,

Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>.

Crocetti, D., Monroe, S., Vecchiotti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>.

Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>.

Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4 (4 - 5), 310 - 312. <https://doi.org/10.1159/000313889>.

D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s1050802001844-2>.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7).

Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guide- lines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>.

- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207–224). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>.
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>.
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>.
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>.
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985. <https://doi.org/10.1111/jsm.12681>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173–1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>.
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117–159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>.
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113–128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>.
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731–1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>.
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782–e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>.
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>.
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>.
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A

- systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99–104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>.
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381–1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>.
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>.
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>.
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53–58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>.
- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529–1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>.
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641–651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>.
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557–566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>.
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>.
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H.,

- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>.
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>.
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>.
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>.
- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543–556. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>.
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328–

336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>.

Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119–134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>.

Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>.

Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446–454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>.

Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the investigation of gender incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>.

Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl. 1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.

Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.

Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>.

Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>.

Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C.

A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>.

Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. Transgender People and HI V. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>.

Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127–2131.

<https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>.

Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959–965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>.

Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>.

Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>

Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386–391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>.

Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605–610. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000692>.

Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4).

Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring:

A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>.

DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: Systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>.

Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>.

Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>.

Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85–110. <https://doi.org/10.1177/0192513X18800362>.

Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins,

- R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449–461. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00211-9).
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228. <https://doi.org/10.1159/000094097>.
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427–430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>.
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3(2), 30–58. <http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167–1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>.
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336–344. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6).
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.
- DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220–224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>.
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377–91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>.
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents

disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295–299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>.

Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096–1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>.

Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012>.

A. Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth.

Journal of Youth and Adolescence, 50(5), 841–854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>.

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>.

Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao,

L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>.

[urology.2019.04.051](https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051).

Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>.

Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>.

Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.

Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374–382.

Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V.

F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>.

Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/0918369.2012.653302>.

[0918369.2012.653302](https://doi.org/10.1080/0918369.2012.653302).

Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran,

N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised pre-operative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>.

Eftekhari Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18,

264. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>.

Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. The Experiment.

Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.

Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>.

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.0>

14.

Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). “It’s kind of hard to go to the doctor’s office if you’re hated there.” A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082–1089. <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>.

Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>.

El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26 (4), 263–268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>.

Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing’s silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>.

Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>.

Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant

gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>.

Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>.

Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63. https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04.

Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a prison, glitter is not allowed: Experiences of trans and gender variant people in Pennsylvania's Prison Systems: A report by the hearts on a wire collective*. Hearts On A Wire Collective.

Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020). *Position statement: Transgender health*.

Endocrine Society. Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009>.

Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence*. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>

Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is “nonbinary” and

what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106–NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>.

Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by trans- gender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>.

Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20 (6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>

Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>. Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the etiology of transgender identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17–29). Routledge.

European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go*

for LGBTI equality. Publications Office of the European Union.

Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646–4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>.

Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166–173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>.

Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>.

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T.

O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>.

Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>.

Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381–390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>.

Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female

to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139–144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>.

Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>.

Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237–252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>.

Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausk, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>.

Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender clinical care*.

https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors; Making history from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.

Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for trans-gender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180–187. <https://doi.org/10.1097/MED.000000000000231>.

Ferguson, H. J., Brunson, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental

- trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>.
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/jocd.12021>.
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1–267.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>.
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181–194. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>.
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans sex: Clinical approaches to trans sexualities and erotic embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429318290>.
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99–107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>.
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1–2), 77–88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>.
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260–4269. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>.
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207–1224. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>.
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018* (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in post-menopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 9(4), 381–387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>.
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683–2702. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>.
- Fleming, L., Knafel, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516–533. <https://doi.org/10.1177/1074840717735499>.
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., &

- Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>.
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>.
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>.
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249–253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>.
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/pbc.27087>.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488–500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>.
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991–1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>.
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19–e28. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>.
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620–627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>.
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>.
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). “The labels don’t work very well”: Transgender individuals’ conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93–104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>.
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A., & Morris, E. R. (2019). “I love you as both and I love you as neither”: Romantic partners’ affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315–327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>.
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D.,

- Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research, 18*(3), 306–313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>.
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology, 19*(4), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>.
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International, 106*(8), 1206–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>.
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies—Urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery, 45*(3), 437–446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>.
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide* (pp. 7–21). Springer.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology, 203*(Suppl. 4), e672–e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology, 3*(2), 156–162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology, 41*(4), 625–635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>.
- Garrison, S. (2018). On the limits of “trans enough”: Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society, 32*(5), 613–637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>.
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology, 85*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>.
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology, 183*(6), 561–569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>.
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology, 89*(6), 878–886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>.
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice, 27*(3), 335–347. <https://doi.org/10.1002/lary.23444>.

doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009.

Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751–3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>.

Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319–2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>.

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205–213. <https://doi.org/10.7326/M17-2785>.

Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naive transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0061>

Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>.

Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels,

B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual

pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>.

Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999–1013. <https://doi.org/10.1111/soc4.12432>.

Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–184.

Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913–2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>.

Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396–1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>.

Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580–584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>.

Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment ‘experimental treatment’? *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>.

- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology, 12*, 665547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547>.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology, 9*, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>.
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall. https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_iden-tity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding, 13*(4), 314–317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making, 40*(2), 119–143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>.
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education, 34*(3), 192–197. [10.1097/JTE.000000000000140](https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000140).
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews, 4*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>.
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>.
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology, 26*(1), 40–59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>.
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). “X” marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>.
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebhook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>.
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in trans-gender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine, 10*, 209–216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>.
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 82*(1), e1–e7.

<https://doi.org/10.1097/qai.00000000000002116>.

Gomez, A. M., D'Ô, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health, 67*(4), 597–602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>.

Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology, 37*(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>.

Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go.

Journal of Pediatric Urology, 13(5), 457–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>.

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics, 48*(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>.

Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3129–3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>.

Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology, 170*(6), 809–819. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011>.

Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J.,

Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine, 55*(6), 530–542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079>.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(2), 531–541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>.

Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.000000000000046>.

Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One, 14*(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>.

Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine, 55*(6), 787–794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>.

Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M.

- E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312–319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>.
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>.
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey 2011*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>.
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>.
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>.
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10(1–2), 45–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>.
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>.
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807–1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>.
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*,

- 31(2), 217.
<https://doi.org/10.1016/j.jpap.2018.02.009>.
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>.
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>.
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>.
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9).
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02.
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>.
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>.
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455–462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & de Beer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., &

- Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>.
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468.e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>.
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>.
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>.
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003506>.
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832–838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>.
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 34 (02), 69–78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>.
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1–115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>.
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60 (9), 2472–2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54–65. <https://doi.org/10.1111/j.14606984.2012.00185.x>
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-

- language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206–221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>.
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch “wannabes.” *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151–159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A4>.
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37–60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455–469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>.
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169–173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>.
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association*. *Circulation*, 132(9), 873–898. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228>.
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>.

- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & 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. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender non-conforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>.
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>.
- Herd, G. (1994). *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*. Williams Institute UCLA School of Law. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm2.81>.
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>.
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>.
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>.
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/ gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>.
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/>

[s13293-015-0022-1](#).

Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835>.

Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>.

Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental health-care utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>.

Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>.

Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development. (2014). *Implementing curricular and institutional climate changes to improve*

health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: A resource for medical educators. Association of American Medical Colleges.

Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>.

Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>.

Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch,

M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007786>.

Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366 (11), 1028–1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429>.

Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>.

Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people? *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.

- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>.
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.), *The SAGE encyclopedia of trans studies*. Sage.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501–4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>.
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer.
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender equality: First report of session 2015–2016*. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3–4), 295–305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>.
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>.
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/ LWPEs guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 351–365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>.
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>.
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>.
- Human Rights Campaign, (2018a). *Gender expansive youth report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ youth report*. <https://www.hrc.org/resources/2018-lgbtq-youth-report> Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate equality index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate equality index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). “I’m scared to be a woman”: Human rights abuses against transgender people in Malaysia. <https://features.hrw.org/features/HRW-reports-2014/Im-Scared-to-Be-a-Woman/index.htm>

Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;

Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>.

Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355–370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>.

Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789–797.

ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies"*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf

Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2018-200097>.

International Commission of Jurists. (2007).

Yogyakarta principles—Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org

International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10—Additional principles and state obligation on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.

Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301–311. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)00036-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00036-X).

Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>.

Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107–112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>.

Irwig, M. S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.

Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>.

Islam, N., Nash, R., Zhang, Q.,

- Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>.
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>.
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: “Progesterone is important for transgender women’s therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>.
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>.
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121–132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>.
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). “We just take care of each other”: Navigating ‘chosen family’ in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>.
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guidance for psychotherapists and counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046–1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>.
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>.
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in

transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349–359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>.

Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5 (4), 876–883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>

James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365–1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>.

Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362>.

Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>.

Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D.,

Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79 (1), 3 – 4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>.

Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485–493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1).

Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>.

Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14–29. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>.

Jessen, R. S., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>.

Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133 (5), 1003–1011. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>.

Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as

gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902–906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>.

Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>.

Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among trans- gender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>.

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>.

Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>.

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W.

O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222–233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.16084>

22.

Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1). <https://doi.org/10.1037/sgd0000019>.

Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297–300. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.84>.

Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>.

Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug,

R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930–945. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *UNAIDS Data 2019*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505–1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>.

Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life

course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143–156. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>.

Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study*. Springer. Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in non-binary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263–274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>.

Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251–262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>.

Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process? *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427–432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>.

Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghani, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>.

Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception*, X, 2, 100019.

<https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>.

Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239–240. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>.

Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361–367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>

Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129–1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>.

Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203–215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>.

Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780–786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>.

Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>.

- Kaltiala, R., Heino, E., Työljärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213–219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>.
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273–282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>.
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284–287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542–549; discussion 550–541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483. <https://doi.org/10.1097/0000637-199911000-00003>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209–211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>.
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368–381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>.
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413–420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>.
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245–247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>.
- Kaoutzakis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), 109–119. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy088>.
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.

- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>.
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789–805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>.
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE “Center of Social Expertises named after Yu. Saenko” of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine. Kyiv, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people’s experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285–306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>.
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635–650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>.
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243–263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>.
- Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532–S534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086>.
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>.
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health*, 36, 441–462. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>.
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781–791. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>.
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J.,

- Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780–1786. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>.
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563–1573. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188.
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524–536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>.
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>.
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>.
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143–156. <https://doi.org/10.1037/a0037599>.
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héby, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018–2029. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>.
- Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3–4), 173–186. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>.
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448>.
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>.
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and transmasculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>.

- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>.
- Kim, H. T. (2020). Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43–52. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102>.
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>.
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143–158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>.
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(Suppl 1), 1–92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>.
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>.
- Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193–199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>.
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5). <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>.
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645–653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150–162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>.
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36–38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>.
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270–E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>.
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021).

- Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744–1764. <https://doi.org/10.1111/andr.13022>.
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W.
- H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>.
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>.
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewaski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830–3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>.
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214–224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>.
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758–764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>.
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145–150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>.
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39–43. <https://doi.org/10.5631/jibi-rin.101.39>.
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340–343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>.
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578–1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>.
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271–275. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5>.
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012);

“Kosilek II.”

Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).

Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanesian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J. D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586–e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>.

Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>.

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>.

Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczler, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777–785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>.

Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466–472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>.

Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725–739. <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>.

Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082–1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>.

Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>.

Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228. <https://doi.org/10.1037/cpp0000290>.

Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589–596. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000697>.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>.

Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and

mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*,

145(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>.

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714–731. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>.

[/10.1080/00918369.2014.870443](https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443).

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455.

<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>.

Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(10), e3936–e3945.

<https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427>.

Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire,

J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>.

Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman,

T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>.

Kuyper, L., & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>.

Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>.

Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity*, 45(12), 2562–2569. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x>.

Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>.

Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>.

Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/ diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228–242.

Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of

regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>.

Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855–871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>.

Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581–591. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00100-8).

Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955–956. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(81)91155-7).

Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>.

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated

with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299–315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>.

Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147–166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>.

LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>.

Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650–654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>.

Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238–1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>.

Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32 (2-3), 103 – 110. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>.

Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>.

Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on

management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>.

Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158 – 180. <https://doi.org/10.1159/000442975>.

Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack,

A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>.

Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250–2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>.

Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21–35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>.

Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409–426.

<https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>.

Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cis-gender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>.

Lev, A. I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>

Levine, S. B. (2009). Real-life test experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>.

Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The standards of care for gender identity disorders—Fifth edition. *International Journal of Transgenderism* 2, 2, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm>

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>.

Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360–380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>.

- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897–906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>.
- Liao, L., & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>.
- Lieberman, T. (2018). *Painting dragons: What storytellers need to know about writing Eunuch Villains*. Bogotá: Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>.
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>.
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in trans-gender men. *Contraception*, 98(4), 266–269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>.
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>.
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>.
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222–234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223–226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>.
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>.
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>.
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li,

- B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17 (11), 2291–2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>.
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000516>.
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: A personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>.
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>.
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of ‘Intersex’ and ‘DSD’: How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>.
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>.
- Lynch, M., & Cicchetti I, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children’s symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235–257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106–110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>.
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>.
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>.
- Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESO/GI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called “conversion therapy”—Report of the UN*

independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>

Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050–1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X).

Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42–46. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271>.

Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for trans- gender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>.

Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141–156). American Psychological

Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>.

Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243–246. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30068-2).

Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456–459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>.

Manero Vazquez, I., Garcia-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393–397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>.

Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a “universal” recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92–133.

Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767–771. <https://doi.org/10.1097/PRS.000000000000041>

22.

Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard,

B. V., Thomson, C. A., LaCroix, A. Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R. D., Limacher, M., Margolis, K. L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S. A., Cauley, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., ... & Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353–1368.

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3914–3923. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643>.

Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing,

J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82–88. <https://doi.org/10.1097/SAP.00000000000002351>.

Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376–381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>.

Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know

and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525–526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>.

Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639–1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>.

Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>.

Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105–1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>.

Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>.

Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407–415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.011>.

[fertnstert.2017.05.024.](#)

Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>.

Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.

Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e–921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004427>.

Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516–522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>.

Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 128(6), 841–847. [https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(03)00462-5).

Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60(1), e71–e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>.

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchietomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery.

Human Pathology, 76, 91–

99.

<https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>.

Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>.

Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>.

Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437–460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>.

Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>.

Matthews, J. J., Olszewski, A., & Peterreit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597–610.

https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148.

Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432–435. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04240-5>.

Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley,

- A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031–1034. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002036>.
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>.
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBIGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10 (2), 99–108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>.
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current ser- delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180 (9), 2969–2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>.
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34–41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>.
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8), 476–479. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11>.
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2020.0770>.
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>.
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 247–267). Springer.
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 289–304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>.
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale— Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194–208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>.
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ + identity development, and attraction and behavior of asexual youth:

Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853–3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>.

McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10–13. Urology Clinics North America <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>.

McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157–172). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>

McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.

McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>.

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK trans mental health study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>.

McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323–S328. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002254>.

Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>.

Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>.

Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>.

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 289–327). Springer.

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75–85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>.

- Meijer, J. H., Eekhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, 4(2), 106–114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>.
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons—The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7–244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>.
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>.
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalthorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442–2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>.
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 57(2), 111–118. <https://doi.org/10.1159/000083572>.
- Meyer, W.III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., & Wheeler C. (2001). The standards of care for gender identity disorders—Sixth version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). “Diagnosing” gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(7), 2027–2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients’ preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12–20. <https://doi.org/10.1159/000521958>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112–118. <https://doi.org/10.1159/000442386>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496–503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women’s sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943–951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal

hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341–351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>.

Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150–155. <https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6>. Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F.

(1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589–594. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48502-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48502-X).

Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1–418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>.

Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>.

Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>.

Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the

United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>.

Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.

Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143–151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>.

Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons’ experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624–634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>.

Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>.

Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of trans- gender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>

Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>.

Mollet, A. L. (2021). “It’s easier just to say I’m queer”: Asexual college students’ strategic

identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1037/dhe0000210>.

Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>.

Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.

Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200–209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>.

Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418–423. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000198>.

Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>.

Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>.

Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endocr/bqaa014>.

Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>.

Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000006837>.

Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386–394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>.

Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138 (3), 594–615. <https://doi.org/10.1097>

[PRS.0000000000002518](https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446).

Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pro- nouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>.

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1–2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.

Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>.

Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J.

(2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLoS One*, 15(5), e0232154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>.

Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women’s health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059–1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>.

Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T’Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (3), 743 – 750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>.

Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>.

Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf

Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>.

Mouriquand, P. D. E., Gorduzza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H.,

Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12 (3), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpu-rol.2016.04.001>.

Movement Advancement Project. Conversion “Therapy” Bans. (2021). <https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion-therapy>

Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). “You are not a man”: A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860. <https://doi.org/10.1002/jia2.25860>.

Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63–64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>.

Müller, A. (2017). Scrambling for access: Availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>.

Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). ‘Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries’. COC Netherlands. [https://eswatiniminorities.org/wp-content/](https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf)

[uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf](https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf)

Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>.

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.

Murchison, G., Adkins, D., Conard, L. A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L. A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & caring for transgender children*. Human Rights Campaign.

Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32–36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>.

Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>.

Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123–125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>.

- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>.
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>.
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations* (2nd ed.). Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>.
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>.
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTQI + populations*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary confinement (isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5).
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/>

[s10508-019-01533-9.](#)

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>.

Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 64 (4), 544 – 546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>.

Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.

Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, 2(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>.

Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661–2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>.

Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC75>

[13438/](#)

Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>.

Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). ‘Will I be able to have a baby?’ Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, 29(12), 2704–2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>.

Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199–220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.

Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 431–439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>.

Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349–360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender

individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, 139(11), 1461–1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>.

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047–2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>.

Noureaï, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318–320. <https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>.

Nowotny, K. M., Rogers, R. G., & Boardman, J. D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM—Population Health*, 3, 487–496. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>.

Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199–2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>.

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>.

Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022). Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 167(1), 112–117.

<https://doi.org/10.1177/01945998211036870>.

Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment—A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23–766.e34. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>.

Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. In R. K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.), *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87–103). Plural Publishing.

Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—A review. *British Journal of Disorders of Communication*, 18(3), 139–151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>.

O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, 28(8), 1071–1075. <https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071>.

Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109–111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>.

Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>.

Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971–977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>.

OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9–662.e13.

<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>.

OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, & UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint LGBTI Statement EN G.PDF](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_EN_G.PDF)

Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028–4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>.

Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634–638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>.

Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148–1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>.

Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000381>.

Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in*

Aotearoa, New Zealand. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>

Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, trans- gender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf

Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>. Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>.

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.

Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>.

Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative re- search endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>.

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>.

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.000000000000236>.

Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people*. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>

Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Pediatrics*, 172(5), 431–436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>.

Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39–51.

Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271. <https://doi.org/10.5070/L3182017822>.

Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.

Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S.

N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660. <https://doi.org/10.1097/00005532-200604000-00017>.

doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59.

Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer,

C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility and Sterility*, 93(4), 1267–1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>.

Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>.

Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.

Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement “Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery.” *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>.

Özkan, Ö., Çinpolat, A., Dog̃an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dog̃an, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216. <https://doi.org/10.1080/2000651248>

[6X.2018.1444616](https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038).

Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209–s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>.

PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries*. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>

Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>.

Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1109290>.

Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.

Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89 (1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>.

Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma,

T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161–e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>.

Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721–730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>.

Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286–294. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003529>.

Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>.

Paré, F. (2020). *Outlawing trans reparative therapy*. EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/these/s/wh246x33v>

Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: A

missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419–425. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>.

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and trans-gender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>.

Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.voice.2021.07.017>.

Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260–271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:G-DACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:G-DACIP]2.0.CO;2).

Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188–199.

Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25–34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>.

Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker,

K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369–375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>.

Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago

consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>.

Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363–1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>.

Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>.

Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position statement on genital surgery in individuals with differences of sex development (DSD)/intersex traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.

Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>.

Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778–784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>.

- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002–3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>.
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164–171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193–3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>.
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>.
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M.
- S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003–1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991* (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijtpfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>.
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23–31. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28254-5).
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840–842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>.
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463–2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>.
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C.,

- Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181–205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>.
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112–117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>.
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e3–e13. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.06.011>.
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15–e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psycho-therapy and counseling: A practical guide*. Wiley.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615–618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>.
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366–388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>.
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804–811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210–S219. <https://doi.org/10.1097/QAI.00000000000001087>.
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3).
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., &

- Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to- male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857– 1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>.
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>.
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>.
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>.
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe- Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395–403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>.
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423-hi>.
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81–100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>.
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>.
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>.
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214–1236.

<https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>.

Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>

Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>.

Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>.

Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>.

Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835–838. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>.

Radix, A., & Einfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-

gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (01), 31–43. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129>.

Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>.

Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>.

Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>.

Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>.

Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>.

Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C.,

- Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>.
- Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>.
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebbeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804–7810. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.8151>.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>.
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>.
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2) 160–171. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>.
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14.
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24–26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>.
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7–8), 866–887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>.
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>.
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance

and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One*, 13(3), e0190172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>.

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M.

L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>.

Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>.

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).

Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, s235 – 242. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088>.

Reisner, S. L., Vettters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*,

56(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.

Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). “Existimos”: Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>.

Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>.

Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e–229e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004061>.

Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>.

Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>.

Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.

Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.

Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., &

- Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology, 4*, 248–258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>.
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>.
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 38*(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>.
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology, 33*(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8).
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care, 33*(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>.
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism, 20*(2-3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>.
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality, 64*(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian men- tal health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing, 21*(3), 212–222. <https://doi.org/10.1177/1744987115624483>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health, 15*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy, 33*(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>.
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn’t support me, I most likely wouldn’t be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health, 21*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>.
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 48*(5), 1625–1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>.

- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687–693. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>.
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053–1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>.
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669–1680. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>.
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107–R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1).
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.00000000000002719>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestic, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy—A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773–1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikononou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after

transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia—A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>.

Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4–5), 511–528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>.

Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>.

Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>.

Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford,

J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>.

Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>.

Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan,

A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone

densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>.

Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: Transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379–4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>.

Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>.

Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581–591. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00535-9>.

Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke,

K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLoS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>.

Ross, A. (2017). *Gender confirmation surgeries rise 20% in first ever report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.

Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>.

Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886–887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>.

Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K.,

- Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>.
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>.
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935–942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>.
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and non-binary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(6), 1298–1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034.
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63 (4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>.
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>.
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159–173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>.
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051–1070. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>.
- Safer, J. D. (2021). Research gaps in medical treatment of trans-gender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029. <https://doi.org/10.1172/JCI142029>.
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1–ITC16. <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>.
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171.

<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>.

Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208.

<https://doi.org/10.1155/2018/4907208>.

Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e–221e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>.

Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502–509.

<https://doi.org/10.1177/0706743720902629>.

Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>.

Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 93–114). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5.

Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian,

M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>.

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>.

Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187–190. <https://doi.org/10.1002/ca.23021>.

Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3–4), 146–163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>.

Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>.

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.

Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology &*

Metabolism, 105(12).
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>.

Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal,

H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>.

Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605–618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>.

Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387–389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>.

Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380–1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005477>.

Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852–856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>.

Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990–995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>.

Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89–e96.

<https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>.

Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196–e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3).

Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873–880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>.

Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190–2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.13022>.

Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393–394. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>.

Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16–33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>.

Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>.

Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016).

Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504–

519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>.

Scott, S. (2013). “One is not born, but becomes a woman”: A fourteenth amendment argument in support of housing male-to female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259–1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>

Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.

Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422–4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>.

Seelman, K. L. (2016). Transgender adults’ access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378–1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>.

Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender non-inclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17–28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>.

Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents

with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423–428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>.

Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth’s disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691–698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>.

Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It’s time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81–83.

Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>.

Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>.

Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebhook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women’s importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>.

Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS*

Society, 19(7S6), 21105.
<https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>.

Seyed-Foroortan, K., Karimi, H., & Seyed-Foroortan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neovagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>.

Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005160>

Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-aw-arenesstraining->

Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>.

Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/103985622111068373>.

Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259–270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>.

Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and*

AIDS, 29(13), 1258–1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>.

Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, 22:e25405. <https://doi.org/10.1002/jia2.25405>.

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>.

Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>.

Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>.

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011).

The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>.

Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Journal of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34 (8), e315–319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>

Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97–102. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929>.

Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>.

Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). “We faced every change together”. Couple’s intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals’ partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>.

Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>.

Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of

cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499–501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>.

Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335–339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>.

Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e–766e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008969>.

Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>.

Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241–247. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>.

Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26–36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>

Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>.

Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad,

M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>.

Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>.

Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441–528. <https://doi.org/10.1086/500626>.

Smith, N. L., Blondon, M., Wiggins, K. L., Harrington, L.B./, van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J. S., Hwang, M., Bis, J. C., McKnight, B., Rice, K.M, Lumley, T., Rosendaal, F. R., Heckbert, S. R., & Psaty, B. M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25–31. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.11074>.

Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>.

Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of

treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>.

Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*, 45, 232–235. <https://doi.org/10.1111/birt.12351>.

Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18–30. <https://doi.org/10.1080/14015430310021618>.

Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87–97. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>.

Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883–890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>.

Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>.

Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman,

T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>.

Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-

- affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>.
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental health and timing of gender-affirming care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>.
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>.
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>.
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315 (19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>.
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043–4088. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865>.
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>.
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 343–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>.
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>.
- Sprager, L., & O. N. Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201509b>.
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>.
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 2), 158–175. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry.580.18>.
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-

affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 375–383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>.

Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201 (5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>.

Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>.

Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>.

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>.

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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>.

Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds), *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology*. Oxford Library of Psychology

Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635–647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>.

Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817–824. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0542>.

Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64(8), 739–750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>.

Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424–445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>.

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771–2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>.

Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>.

Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120–129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>.

Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741–746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>.

Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf

Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>.

Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kushner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>.

Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>.

Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730–745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>.

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain-behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>

Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001003>.

Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming

transgender and nonbinary patients: Expanding the language of “women’s health”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581–585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>.

Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5–16. <https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>.

Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>.

Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345–353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.

Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245–247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>.

Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093–1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>.

Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.

Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>.

Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320–324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>.

Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>.

Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9).

Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379–385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>.

Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and*

Gynecology, 223(2), 229–e1.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>.

Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineo- scrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised sub- jects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43–48.
<https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>.

Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2),141–144.
<https://doi.org/10.1111/tct.12647>.

Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195–204.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>.

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132–136.
<https://doi.org/10.5694/mja17.01044>.

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents, Version 1.3*. The Royal Children’s Hospital.
<https://www.rch.org.au/uploaded-Files/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and

gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>.

Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130–1137.
<https://doi.org/10.1111/and.12550>.

Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136.
<https://doi.org/10.1037/abn0000234>.

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452.
<https://doi.org/10.1037/a0029604>.

TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe.
<https://tgeu.org/healthcare/>

TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe.
<https://transrightsmap.tgeu.org/home/>

Thalavirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155–166.
https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18.

The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*.

<http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>

The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf

The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15–30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3).

Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>.

Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>.

Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020). Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*. 2156(5), 561–565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>.

Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>.

Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>.

Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>.

Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>.

Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>.

Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar,

B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff,

- L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: Assigning gender in disorders of sex development—Intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>.
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>.
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>.
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>.
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>.
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>.
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>.
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related trauma. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que(e)rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>.
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000371>.
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>.
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20

- longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>.
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>.
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>.
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>.
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>.
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>.
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>.
- TransCare. (2020). *Bind, pack and tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>.
- Trevor Project. (2021). *The mental health and well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104–132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>.
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The

buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>.

Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>.

T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>.

T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement “Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction.” *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>.

T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>.

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>.

Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>.

Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among trans-gender adults. *PLoS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>.

Turban, J. L., King, D., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>.

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>.

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>.

Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the

COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(4), 650–660. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522>.

Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>.

UN Human Rights Council. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy": Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149.

UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>

UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: Practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf

United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. <https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf>

United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf)

[reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf)

United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>

Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>.

Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230–237. <https://doi.org/10.1037/a0031122>.

Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>

Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>.

Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219–227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>.

Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaeke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427–442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>.

- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>.
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>.
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierzak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644–1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163–171. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0586>.
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334–343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815–823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138–148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>.
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125–1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004827>.
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>.
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621–1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>.

- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, A. L. C., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>.
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>.
- Van der Sluis, W. B., de Hase, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367–372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>.
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917–923. <https://doi.org/10.1002/micr.30190>.
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wierjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people—Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297–1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>.
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD and AIDS*, 33(2), 106–113. <https://doi.org/10.1177/09564624211046997>.
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>.
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61–69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>.
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135–154. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>.

- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and well-being of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. <https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves-Report-Dec-19-Online.pdf>
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M, B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104–109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>.
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>.
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>.
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132–137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>.
- Vincent, B. (2020). *Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>.
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>.
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119–1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>.
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>.
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment

- surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378. <https://doi.org/10.1155/2014/437378>.
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among trans- gender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029–1034. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>.
- Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to- female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>.
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>.
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427–433. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>.
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591–1597. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>.
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>.
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2021.09.011>.
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544–556. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>.
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>.
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy: an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones*.
- Demos Health. Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431–442. <https://doi.org/10.1111/jora.12488>.
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being

in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963–972. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>.

Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367–376. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>.

Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, 36(4), 588.e1–588.e6. S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>.

Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42 (1), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>.

Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>.

Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>.

Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast

augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421–1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>.

Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>.

Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>.

Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>.

Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e–396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004123>.

Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore.

Wesp, L. (2016). *Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program*, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>

Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>.

Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508–513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>.

White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>.

White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517–1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>.

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.

Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309–332. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1241167>.

Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation—Psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403.

<https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>.

Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>.

Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>.

Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture risk in trans women and trans men using long-term gender-affirming hormonal treatment: A nationwide cohort study. *Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>.

Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.

Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study.

Journal of Bone Mineral Research, 32(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>.

Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493>.

Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250>.

Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen,

G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>.

Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2012.02876.x>.

Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069–1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and

sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379–3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen,

G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999–2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>.

Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>.

Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4. Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ + young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS One*, 16(1), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>.

Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.

Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A.,

- Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20 (10), 2203–2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>.
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.00000000000002809>.
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>.
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>.
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5).
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130–138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>.
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>.
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5), 375–379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>.
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched

- control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>.
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216–226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>.
- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., pp. 344–378). Routledge. Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24–33. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017>.
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27–41. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27>.
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>.
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32–38. <https://doi.org/10.1097/nmc.000000000000097>.
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>.
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic & Surgery*, 71(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>.
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>.
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4). <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). World Health organization.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation*

on sexual health. World Health Organization

World Health Organization. (2007). *Prevention of cardio-vascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization.

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf.

World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>

World Health Organization. (2018). *ICD-11—Mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>

World Health Organization. (2019b).

Consolidated guidelines on HIV testing services, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>

World Health Organization. (2019c). *What's the 2 + 1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19-8-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>

World Health Organization. (2020). *Tobacco*. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>

WPATH. (2016). *Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>

WPATH. (2017). *WPATH identity recognition statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20R>

[ecognition%20 Statement%2011.15.17.pdf](#)

WPATH. (2019). *WPATH statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*.

<https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>

WPATH Position Statement. (2018). *WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)."*

https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender population general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf>

Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience'(R- LE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>.

Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411.

Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from*

transgender communities across the United States (pp. 31–47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04

Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347–363.

<https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>.

Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463–474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>

Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>.

Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology and Laryngology*, 111 (6), 477 – 485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>.

Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010) Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>.

Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between

- casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>.
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of trans- gender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977–987. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>.
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>.
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta principles*. <https://yogyakarta.org>
- Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism*, 31(2), 201–246. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128>
- Yoong, S. L., Tursan d’Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries*. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>.
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>.
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>.
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. 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. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>.
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>.
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>.
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V.,

- Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>.
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381–387. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.03.27>.
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115–2123. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>.
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611–623. <https://doi.org/10.18926/AMO/62227>.
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>.
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25–45. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>.
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds.), *The Oxford handbook of language and sexuality* (pp. 1–23). Oxford University Press. <http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>.

Anexo A Metodologia

1- Introdução

Esta versão das Normas de Cuidados de Saúde (SOC 8) assenta numa abordagem baseada na evidência mais rigorosa e metodológica do que nas versões anteriores. Esta evidência não se baseia apenas na literatura publicada (evidências diretas e também de contexto), mas, também, em pareceres consensualizados de especialistas. As orientações baseadas na evidência incluem recomendações destinadas a otimizar o atendimento dos cuidados à pessoa utente, que são fundamentadas numa revisão exaustiva das evidências, numa avaliação dos benefícios e dos riscos, nos valores, nas preferências das pessoas prestadoras de cuidados e das pessoas utentes e na utilização e viabilidade dos recursos. Embora a investigação baseada na evidência proporcione os fundamentos para orientações e recomendações robustas quanto a práticas clínicas, estas têm de ser contrabalançadas pela realidade e exequibilidade da prestação de cuidados de saúde em diferentes contextos. O processo para a elaboração das SOC 8 integrou as recomendações sobre a redação de orientações para a prática clínica estabelecidas pelas Academias Nacionais de Medicina e pela Organização Mundial da Saúde, que abordam a transparência, as políticas sobre conflitos de interesses, a constituição da comissão e os procedimentos do grupo (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, [2019a](#)). A comissão de revisão das SOC 8 era multidisciplinar e constituída por especialistas no tema, profissionais de saúde, pessoas investigadoras e partes interessadas, com diversas perspetivas e representação geográfica. Todas as pessoas que integravam a comissão preencheram declarações de conflito de interesses.*

Uma pessoa metodologista, especializada em diretrizes, prestou apoio no planeamento e elaboração das questões e uma equipa independente realizou revisões sistemáticas, que foram utilizadas para informar algumas das declarações para recomendações. Houve contributos adicionais disponibilizados por uma comissão consultiva internacional, por especialistas em direito e por comentários recebidos durante um período de consulta pública. As recomendações incluídas nas SOC 8 são baseadas nas evidências disponíveis que sustentam as intervenções, numa discussão sobre riscos e danos, bem como na exequibilidade e aceitabilidade em diferentes contextos e realidades nacionais. O consenso sobre as recomendações finais foi alcançado usando o Método Delphi, que incluiu todas as pessoas que faziam parte da Comissão de Revisão das Normas de Cuidados e que exigiu que as declarações de recomendação fossem aprovadas por pelo menos 75% dessas pessoas. Os textos de apoio e explicativos sobre a evidência que fundamenta as recomendações foram redigidos pelas pessoas autoras de cada capítulo. As propostas de texto para os capítulos foram revistas pela pessoa Presidente e pelas pessoas Vice-Presidentes da Comissão de Revisão das Normas de Cuidados, para garantir que o formato era consistente, que a evidência era devidamente disponibilizada e que as recomendações eram consistentes entre os vários capítulos. As referências usadas nas SOC 8 foram verificadas por uma equipa independente antes de as diretrizes serem totalmente editadas por uma única pessoa. Uma descrição pormenorizada da Metodologia das SOC 8 é descrita a seguir.

2. Diferença entre a metodologia das SOC 8 e das edições anteriores

As principais diferenças entre a metodologia usada nas SOC 8 comparativamente com outras versões das SOC são:

- O envolvimento de um maior grupo de profissionais de todo o mundo;
- Um processo de seleção transparente para constituir a comissão organizadora das diretrizes, bem como para selecionar responsáveis e pessoas autoras para cada um dos capítulos;
- A inclusão de diversas partes interessadas na elaboração das SOC 8;
- A gestão de conflitos de interesse;
- A utilização do método Delphi para chegar a acordo sobre as recomendações, no seio da Comissão das SOC 8;
- O envolvimento de um organismo independente, de uma universidade conceituada, para ajudar no desenvolvimento da metodologia e realizar revisões sistemáticas da literatura independentes, sempre que possível;
- As recomendações foram classificadas ou como «recomendamos» ou como «sugerimos», com base na robustez das recomendações;
- O envolvimento de um grupo independente de pessoas médicas docentes universitárias para rever as citações;
- O envolvimento de organizações internacionais que trabalham com a comunidade transgénero e de género diverso (TGD), membros da WPATH e de outras organizações profissionais, assim como do público em geral, que fizeram comentários, durante um

período de consulta pública, relativos à totalidade das SOC 8.

3. Resumo do Processo de elaboração das SOC 8

As etapas para atualizar as Normas de Cuidados de Saúde estão resumidas abaixo:

- 1) Criação da Comissão Organizadora das Diretrizes, incluindo Presidente e Vice-Presidentes (19 julho, 2017)
- 2) Definição dos capítulos (âmbito das diretrizes)
- 3) Seleção de Pessoas para Redigir os Capítulos com base na competência (março 2018)
- 4) Seleção da Equipa de Revisão de Evidências: John Hopkins University (maio 2018)
- 5) Especificação mais detalhada dos temas incluídos nas SOC 8 e revisão de questões para as revisões sistemáticas
- 6) Realização de revisões sistemáticas (março 2019)
- 7) Elaboração das propostas para as declarações de recomendação
- 8) Votação das declarações de recomendação através do método Delphi (setembro 2019 - fevereiro 2022)
- 9) Classificação das declarações de recomendação
- 10) Redação dos textos de apoio às declarações
- 11) Validação independente das referências usadas nos textos de apoio
- 12) Conclusão de uma proposta para as SOC 8 (1 de dezembro, 2021)
- 13) Comentários sobre as declarações por parte da Comissão Consultiva Internacional
- 14) Comentários sobre a totalidade da proposta para as SOC 8, durante o período de consulta pública (novembro 2021 - janeiro 2022)
- 15) Revisão da Proposta Final com base

nos comentários (janeiro 2022 - maio 2022)

- 16) Aprovação da Versão final por Presidente e Vice-Presidentes (10 de junho, 2022)
- 17) Aprovação pela Direção da WPATH
- 18) Publicação das SOC 8
- 19) Disseminação e tradução das SOC 8

3.1. Criação da Comissão Organizadora das Diretrizes

A Comissão Organizadora das Diretrizes da WPATH supervisionou o processo de elaboração das diretrizes para todos os capítulos das Normas de Cuidados de Saúde. A Direção da WPATH selecionou membros da WPATH que se tinham candidatado para integrar a Comissão Organizadora, à exceção da pessoa Presidente da Comissão (Eli Coleman), que foi nomeada pela Direção da WPATH, de modo a manter a continuidade relativamente às anteriores edições das SOC. Foram elaboradas descrições para os cargos de Vice-presidentes, Responsáveis dos Capítulos, Pessoas para Redigir os diferentes Capítulos e Partes Interessadas. Membros da WPATH eram elegíveis para se candidatar, preenchendo um formulário de candidatura e submetendo o seu CV. A Direção da WPATH votou para os cargos de Vice-presidentes (uma das pessoas da direção não participou na votação devido a conflito de interesse). Presidente e Vice-presidentes elegeram responsáveis por cada capítulo e as pessoas para o redigir (bem como as partes interessadas), com base nos formulários de candidatura e nos CVs.

A Comissão Organizadora das Diretrizes para a Versão 8 das Normas de Cuidados de Saúde é constituída por:

- Eli Coleman, PhD, (Presidente) Professor, Diretor e Catedrático, Instituto para a Saúde Sexual e de Género, Departamento de Medicina Familiar e Saúde Comunitária,

Faculdade de Medicina da Universidade do Minnesota (EUA)

- Asa Radix, MD, PhD, MPH (Vice-presidente) Diretor Principal de Investigação e Educação no Centro de Saúde Comunitário Callen-Lorde, Professor Associado de Medicina da Universidade de Nova Iorque, EUA
- Jon Arcelus, MD, PhD (Vice-presidente) Professor de Saúde Mental e Bem-estar e Consultor Honorário em Saúde Transgénero na Universidade de Nottingham, Reino Unido
- Karen A. Robinson, PhD (Chefe da Equipa de Revisão de Evidências) Professora de Medicina, Epidemiologia e Políticas e Gestão de Saúde, Universidade Johns Hopkins, EUA

3.2. Definição dos Temas para os Capítulos

A Comissão Organizadora das Diretrizes definiu quais os capítulos a incluir nas Normas de Cuidados de Saúde, após revisão da literatura e das edições anteriores das SOC. Os capítulos da 8ª Versão das SOC são:

1. Terminologia
2. Aplicabilidade Global
3. Estimativas Populacionais
4. Educação*
5. Avaliação de Pessoas Adultas
6. Adolescentes
7. Crianças
8. Pessoas Não Binárias
9. Eunucos

10. Pessoas Intersexo
11. Pessoas Institucionalizadas
12. Terapia Hormonal
13. Cirurgia e Cuidados pós-operatórios
14. Voz e Comunicação
15. Cuidados Primários
16. Saúde Reprodutiva
17. Saúde Sexual
18. Saúde Mental

* O Capítulo Educação destinava-se originalmente a abordar tanto a educação como a ética. No entanto, tomou-se a decisão de criar uma comissão separada para redigir um capítulo sobre ética. Durante a elaboração do capítulo, foi posteriormente decidido que o que seria preferível colocar a ética num documento externo às SOC e que isso implicaria uma análise mais aprofundada das considerações éticas relevantes para a saúde de pessoas transgénero.

3.3. Seleção das Pessoas que Redigiram os Capítulos

Foi enviado um convite para apresentação de candidaturas, para fazer parte da comissão de revisão das SOC 8 (responsáveis ou pessoas para redigir capítulos), a membros da WPATH. Presidente e Vice-Presidentes da Comissão Organizadora nomearam as pessoas para cada capítulo, assegurando a representatividade de diversas especialidades e perspetivas.

Responsáveis e Pessoas que redigiam Capítulos tinham de ser Membros de Pleno Direito da WPATH, com situação regularizada, e especialistas em saúde transgénero, incluindo, pelo menos, no tema de um capítulo. Responsáveis pelos

Capítulos reportavam à Comissão Organizadora e eram responsáveis pela coordenação das Pessoas que redigiam os Capítulos. As Pessoas que redigiam os Capítulos reportavam às Pessoas Responsáveis pelos Capítulos.

Cada um dos capítulos incluía, igualmente, partes interessadas como membros, que aportavam perspetivas sobre a defesa de direitos de saúde transgénero ou de trabalho comunitário, ou enquanto membros de uma família com uma pessoa transgénero, que podia ser uma criança, irmã, parceira, responsável parental, etc. As partes interessadas não tinham de ser membros de pleno direito da WPATH.

As Pessoas que redigiam os Capítulos deveriam:

- Participar na elaboração mais detalhada das questões de revisão
- Ler e fazer comentários sobre todos os materiais da Equipa de Revisão das Evidências
- Fazer uma revisão crítica dos documentos propostos, incluindo a proposta de relatório de evidências
- Rever e analisar as evidências e as recomendações propostas
- Participar na obtenção de consenso através do Método Delphi.
- Redigir os textos de apoio às declarações de recomendação
- Classificar cada declaração para descrever a robustez da recomendação
- Rever e abordar os comentários feitos por Presidente e Vice-Presidentes, durante todo o processo
- Elaborar o conteúdo dos capítulos
- Rever os comentários da consulta pública e apoiar a elaboração de uma

revisão das diretrizes

- Dar contributos e participar na disseminação das diretrizes

Foram disponibilizadas formação e orientações para Responsáveis e Pessoas que redigiam Capítulos, quando necessário, a responsáveis pela liderança dos capítulos e a membros integrantes. Os conteúdos da formação incluíram formulação e aperfeiçoamento de questões (ou seja, uso da metodologia PICO), revisão das evidências, elaboração de declarações de recomendação, classificação das evidências e das recomendações e informações sobre o programa e processo de elaboração das diretrizes.

Fez-se a nomeação 26 responsáveis de capítulos (alguns capítulos necessitaram de sub-responsáveis), de 77 pessoas que redigiram capítulos e de 16 partes interessadas. Um total de 127 seleções. Durante o processo de elaboração das SOC, 8 pessoas desistiram, devido a motivos pessoais ou profissionais. Consequentemente, no final, há 119 pessoas autoras das SOC 8.

3.4. Seleção da Equipa de Revisão das Evidências

A Direção da WPATH emitiu um pedido de candidaturas para formar a Equipa de Revisão das Evidências. Para a Versão 8 das Normas de Cuidados de Saúde, a Direção da WPATH integrou a Equipa de Revisão de Evidências da Universidade Johns Hopkins, liderada por Karen Robinson.

- Karen A. Robinson, PhD (Chefe da Equipa de Revisão de Evidências) Professora de Medicina, Epidemiologia e Políticas e Gestão de Saúde, Universidade Johns Hopkins, EUA

A Doutora Robinson também orientou a

Comissão Organizadora na elaboração das SOC 8, disponibilizando aconselhamento e formação sobre a elaboração de questões PICO, de declarações e sobre o método Delphi, bem como realizando uma revisão sistemática da literatura, extremamente rigorosa, sempre que estivessem disponíveis evidências diretas.

Conflito de interesses

Foi pedido a Membros da Comissão Organizadora das Diretrizes, a Responsáveis e a Pessoas que redigiram os Capítulos e a membros da Equipa de Revisão das Evidências, que reportassem quaisquer conflitos de interesse. Para além de potenciais interesses ou conflitos financeiros ou de concorrência, também foram reportadas relações pessoais ou diretas com a presidência, as vice-presidências ou com membros da Direção da WPATH ou com alguém que detivesse um cargo na Direção da WPATH.

3.5. Aperfeiçoamento de Temas e Revisão de Questões

A Equipa de Revisão das Evidências resumiu as declarações de recomendação da versão anterior das Normas de Cuidados de Saúde. Com os contributos da Equipa de Revisão das Evidências, a Comissão Organizadora das Diretrizes e as pessoas Responsáveis pelos Capítulos definiu:

- As declarações de recomendação que precisavam de ser atualizadas
- Novas áreas que necessitavam de declarações de recomendação

3.6. Realização das revisões sistemáticas

As Pessoas que redigiam Capítulos desenvolveram questões para auxiliar na elaboração das declarações de

recomendação. Para as questões elegíveis para revisão sistemática, a Equipe de Revisão das Evidências propôs questões de revisão, especificando a População, as Intervenções, as Comparações e os resultados [*Outcomes*] (os elementos PICO). A Equipe de Revisão das Evidências realizou as revisões sistemáticas. Posteriormente, apresentou tabelas de evidências e outros resultados das revisões sistemáticas a membros dos capítulos relevantes para obter opiniões.

Protocolo

Foi desenvolvido um protocolo de revisão sistemática detalhado e separado para cada questão de revisão ou tema, conforme apropriado. Todos os protocolos foram registrados no sistema PROSPERO.

Pesquisa de Literatura

A Equipe de Revisão das Evidências desenvolveu uma estratégia de procura adequada a cada questão sobre investigação, incluindo MEDLINE®, Embase™ e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). A Equipe de Revisão das Evidências procurou bases de dados adicionais, quando considerado apropriado para as questões sobre investigação. A estratégia de pesquisa incluiu MeSH e termos textuais, não tendo sido limitada por idioma da publicação nem por data.

A Equipe de Revisão das Evidências fez uma pesquisa manual da lista de referências de todos os artigos incluídos, bem como de recentes revisões sistemáticas relevantes. A Equipe pesquisou ainda na plataforma ClinicalTrials.gov por outros estudos relevantes.

As pesquisas foram atualizadas durante o processo de revisão por pares. A literatura incluída na revisão sistemática foi, principalmente, baseada em estudos

quantitativos realizados na Europa, nos EUA ou na Austrália. Reconhecemos que possam existir enviesamentos relacionados com as perspectivas do hemisfério norte, que não prestem atenção suficiente à diversidade de vivências e perspectivas das comunidades transgênero e de gênero diverso (TGD) a nível mundial. Este desequilíbrio da visibilidade na literatura aponta para uma lacuna na investigação e na prática clínica que precisa de ser abordada no futuro por pessoas investigadoras e profissionais de saúde, para que se faça justiça quanto às necessidades de apoio de todas as pessoas TGD, independentemente do gênero com que se identificam.

Seleção de Estudos

A Equipe de Revisão das Evidências, com contributos das pessoas Responsáveis pelos Grupos de Trabalho de cada Capítulo, definiu os critérios de elegibilidade para cada questão de investigação *a priori*.

Duas pessoas revisoras, da Equipe de Revisão das Evidências, rastrearam, de forma independente, títulos, resumos e artigos inteiros para verificar a respetiva elegibilidade. Para que fosse excluído, ambas as pessoas tinham de concordar que o estudo preenchia, pelo menos, um dos critérios de exclusão. As discordâncias sobre a elegibilidade foram resolvidas através do diálogo entre ambas as pessoas.

Extração de Dados

A Equipe de Revisão das Evidências usou formulários padronizados para resumir dados sobre características genéricas do estudo, características de participantes, intervenções e medidas de resultados. Uma das pessoas revisoras resumia os dados e a outra confirmava os dados resumidos.

Avaliação do risco de enviesamento

Duas pessoas revisoras da Equipa de Revisão das Evidências avaliaram, de forma independente, o risco de enviesamento para cada estudo incluído. Para ensaios aleatorizados controlados, foi usada a ferramenta de Risco de Enviesamento de Cochrane. Para estudos observacionais, foi usado o Risk of Bias in Non-Randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I). Sempre que apropriado, foram consideradas recentes revisões sistemáticas existentes e avaliadas com o ROBIS.

Análise e síntese dos Dados

A Equipa de Revisão das Evidências criou tabelas de evidência com resumos dos dados dos estudos incluídos. Membros dos Grupos de trabalho dos Capítulos fizeram uma revisão e comentaram as tabelas de evidência.

Classificação da evidência

A Equipa de Revisão das Evidências atribuiu classificações às evidências através da metodologia GRADE. A robustez da evidência foi obtida usando resultados críticos pré-definidos para cada questão e avaliando as limitações da qualidade/risco de enviesamento, consistência, objetividade, e notificação de enviesamentos de cada estudo.

3.7. Elaboração da Proposta para Declarações de Recomendação

Responsáveis e as Pessoas que redigiam os Capítulos elaboraram propostas de declarações de recomendação. As declarações foram redigidas de modo a serem exequíveis, implementáveis e mensuráveis.

As declarações de recomendação com base

na evidência foram baseadas nos resultados das revisões sistemáticas, nas revisões de literatura de contexto e nos pareceres consensualizados de especialistas.

O Presidente, Vice-Presidentes e Responsáveis pelos Capítulos reviram e aprovaram todas as declarações de recomendação, quanto a clareza e consistência textual. Durante esta revisão, e ao longo de todo o processo, também foram abordadas as sobreposições existentes entre capítulos.

Muitos grupos de trabalho de capítulos tiveram de trabalhar em estreita colaboração de forma a garantir a consistência das recomendações. Por exemplo, dado que agora há capítulos separados para Crianças e Adolescentes, para assegurar a consistência entre ambos, algumas pessoas redigiram textos em ambos os capítulos. Pela mesma razão, sempre que aplicável, um grupo de trabalho colaborava com outros Grupos de outros Capítulos sobre temas partilhados entre capítulos (ou seja, Avaliação de Crianças, Avaliação de Pessoas Adultas, Terapia Hormonal, Cirurgia e Cuidados Pós-Operatórios e Saúde Reprodutiva).

3.8. Aprovação das Recomendações através do Método Delphi

O consenso formal para todas as declarações foi obtido através do método Delphi (uma solicitação estruturada de pareceres de especialistas feita em três rondas). Para que uma recomendação fosse aprovada, a declaração tinha de obter a aprovação de, pelo menos, 75% dos votos. Pelo menos 65% das pessoas que elaboraram as SOC 8 tinham de participar no método Delphi, para cada declaração. As pessoas que não aprovavam a declaração tinham de fornecer informações sobre o motivo por que a não aprovavam, para que a declaração pudesse ser modificada (ou removida), de acordo esse contributo. Depois de modificada, a

declaração era novamente submetida ao método Delphi. Se, após 3 rondas, a declaração não fosse aprovada, era removida das SOC. Todas as pessoas que participaram nas SOC votava para cada declaração. A taxa de resposta para as declarações variou entre 74,79% e 94,96%.

3.9. Critério de Classificação das Declarações

Após a aprovação das declarações, com o método Delphi, as pessoas que tinham redigido o capítulo classificavam cada uma das declarações através do sistema GRADE (Classificação de Recomendações, Análise, Desenvolvimento e Avaliações. É um sistema transparente para desenvolver e apresentar resumos de evidência e providencia uma abordagem sistemática para a elaboração de recomendações de prática clínica (Guyatt et al., 2011). As declarações foram classificadas com base em fatores como:

- O equilíbrio entre potenciais riscos e benefícios
- A confiança nesse equilíbrio ou na qualidade das evidências
- Valores e preferências de profissionais e utentes
- Exequibilidade e utilização de recursos

As declarações foram classificadas como:

- Recomendações robustas («recomendamos») são para intervenções, terapias ou estratégias onde:
 - a evidência é de alta qualidade
 - há estimativas do efeito de determinada intervenção, terapia ou estratégia (isto é, há um elevado grau de certeza de que determinados efeitos possam ser alcançados na prática)
 - existam poucas desvantagens da

terapia, intervenção ou estratégia

- exista uma elevada taxa de aceitação entre profissionais e utentes ou entre as pessoas a quem as recomendações se aplicam.
- Recomendações fracas («sugerimos») para intervenções, terapias ou estratégias onde:
 - a base de evidências apresenta pontos fracos
 - existe uma certa dúvida sobre a dimensão dos efeitos esperados na prática
 - existe a necessidade de equilibrar as potenciais vantagens e desvantagens das intervenções, terapias e estratégias
 - é provável que existam diferentes graus de aceitação entre profissionais e utentes ou entre as pessoas a quem as recomendações se aplicam.

3.10. Redação dos textos de apoio às declarações

De acordo com a classificação das declarações, os Grupo de Trabalho dos Capítulos redigiram o texto que providencia a lógica ou o raciocínio para a recomendação. O que incluiu disponibilizar as evidências disponíveis, os detalhes sobre potenciais riscos e benefícios, descrever as incertezas e informações sobre a implementação da recomendação, incluindo obstáculos ou desafios expectáveis, entre outros. Para as referências usou-se o estilo APA-7, para apoiar as informações contidas no texto. Também foram disponibilizadas hiperligações para recursos, consoante apropriado. O texto, incluindo se a recomendação tinha sido descrita como fraca ou robusta, era revisto e aprovado pela Presidência e Vice-presidências.

3.11. Validação externa das referências usadas para sustentar as declarações

Um grupo independente de profissionais clínicos docentes na universidade, que trabalha na área da saúde transgênero, fez a revisão das referências usadas em cada um dos capítulos, de forma a validar que eram devidamente usadas para sustentar o texto. Quaisquer dúvidas em relação às referências eram devolvidas aos grupos dos capítulos para revisão.

3.12. Conclusão de uma proposta para as SOC 8

Uma proposta final das SOC 8 foi disponibilizada para comentários.

3.13. Distribuição das Normas de Cuidados de Saúde para Revisão por pessoas consultoras internacionais

As declarações de recomendação das Normas de Cuidados de Saúde, Versão 8, foram distribuídas à Comissão de Revisão das Normas de Cuidados de Saúde, mais alargada, e ao Grupo Consultivo Internacional da WPATH, que inclui organizações como a Asia Pacific Transgender Network (APTN), a Global Action for Transgender Equality (GATE), a International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA) e a Transgender Europe (TGEU).

3.14. Período de consulta pública

A proposta da versão revista das Normas de Cuidados de Saúde foi publicada *online* no sítio de Internet da WPATH, para receber comentários do público em geral, incluindo membros da WPATH. Foi estabelecido um período de 6 semanas para a consulta pública. No total, 1.279 pessoas fizeram 2.688 comentários.

3.15. Revisão da Proposta Final baseada nos comentários

Responsáveis pelos Capítulos e a Comissão Organizadora das Diretrizes teve em consideração as opiniões e comentários e fez as revisões necessárias. Todos os comentários públicos foram lidos e, sempre que adequado, integrados no texto.

Como parte deste processo, foram elaboradas 3 novas declarações com o método Delphi e 2 foram tão modificadas que foi necessária uma nova votação da Comissão das SOC 8. Isso implicou que um novo processo Delphi fosse iniciado em janeiro de 2022. Os resultados desses processos Delphi foram aceitados pelos Grupos dos capítulos e as novas declarações foram adicionadas ou modificadas, em conformidade. Foram adicionados novos textos de suporte.

Todas as novas versões dos capítulos foram revistas novamente pelo Presidente e Vice-Presidentes, tendo sido sugeridas alterações ou modificações. Por fim, depois de Presidente e Vice-Presidentes estarem confortáveis a proposta, o capítulo foi concluído.

Todas as novas referências foram duplamente verificadas por membro independente.

3.16. Aprovação da Proposta final pelo Presidente e Vice-presidentes

As modificações foram revistas pelo Presidente e Vice-presidentes e aceites.

3.17. Aprovação pela Direção da WPATH

A versão final do documento foi apresentada à Direção da WPATH para aprovação, tendo sido aprovada no dia 20 de junho de 2022.

3.18. Publicação das SOC 8 e disseminação das Normas de Cuidados de Saúde

As Normas de Cuidados de Saúde foram disseminadas em diversos locais e em vários formatos, incluindo a publicação no International Journal of Transgender Health (a revista científica oficial da WPATH).

4. Plano de Atualização

No futuro, será elaborada uma nova edição das SOC (SOC 9), assim que o número de novas evidências e/ou de alterações significativas for relevante ao ponto de implicar uma nova edição.

*A elaboração das SOC 8 foi um processo complexo, no período da COVID-19 e de incertezas políticas em muitas partes do mundo. As Pessoas que elaboraram as SOC 8 trabalharam nelas para além dos seus trabalhos diários e a maior parte das reuniões realizou-se fora do seu horário laboral e durante os fins de semana, através da plataforma Zoom. Houve muito poucas reuniões presenciais, a maioria das quais relacionadas com as conferências da WPATH, USPATH ou EPATH. Membros da Comissão das SOC 8 não receberam qualquer remuneração como para deste processo.

Anexo B Glossário

AFIRMAÇÃO DE GÊNERO refere-se a ao facto de uma pessoa ser reconhecida ou afirmada com a identidade de género com que se identifica. Habitualmente, é conceptualizada como tendo dimensões sociais, psicológicas, médicas e legais. A afirmação de género é usada como um termo em vez de transição (como afirmação de género clínica) ou pode ser usada como uma locução adjetiva (como cuidados de saúde de afirmação de género)

CIRURGIA DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO (CAG) é usada para descrever uma cirurgia que altera caracteres sexuais primários e/ou secundários, para afirmar a identidade de género de uma pessoa.

CISGÊNERO refere-se a pessoas cuja identidade de género atual corresponde ao sexo que lhes foi atribuído à nascença.

DESTRANSIÇÃO é um termo usado, por vezes, para descrever o processo inverso da transição de uma pessoa para o género estereotipicamente associado ao sexo que lhe foi atribuído à nascença

DISFORIA DE GÊNERO descreve um estado de sofrimento ou desconforto, que pode ser vivenciado devido ao facto de a identidade de género de uma pessoa diferir daquela que é, física e/ou socialmente, atribuída ao sexo que lhe foi atribuído à nascença. A disforia de género também é um termo diagnóstico, presente no DSM-5, para referir a incongruência entre o sexo atribuído à nascença e o género com quem se identifica, que é acompanhada por sofrimento. Nem todas as pessoas transgénero e de género diverso apresentam disforia de género.

EUNUCO refere-se a uma pessoa a quem foi atribuído o sexo masculino à nascença, cujos testículos foram removidos cirurgicamente, ou tornados não funcionais, e que se identifica como eunuco. Esta noção difere da definição médica padrão, já que exclui as pessoas que não se identificam como eunucos.

EXPRESSÃO DE GÊNERO refere-se ao modo como uma pessoa representa ou expressa o seu género na vida quotidiana e no contexto da sua cultura e sociedade. A expressão do género através da aparência física pode incluir vestuário, estilo de penteado, acessórios, cosméticos, intervenções hormonais e cirúrgicas, bem como maneirismos, discurso, padrões de comportamento e nomes. A expressão de género de uma pessoa pode ou não estar conforme com a identidade de género da pessoa.

GÊNERO BINÁRIO refere-se à ideia de que apenas há dois géneros e mais nenhum: homem e mulher; à expectativa de que todas as pessoas só podem ser um deles: homem ou mulher; e que todos os homens são machos e todas as mulheres são fêmeas.

GÊNERO DIVERSO é um termo usado para descrever pessoas com identidades e/ou expressões de género que diferem das expectativas sociais e culturais atribuídas ao seu sexo atribuído à nascença. Pode incluir, entre muitas outras identidades culturalmente diversas, pessoas que se identificam como não binárias, de género expansivo, de género não-conforme, e outras que não se identificam como cisgénero.

GÊNERO EXPANSIVO é um adjetivo frequentemente usado para descrever pessoas que se identificam ou expressam de formas que ampliam os comportamentos ou as crenças, social e culturalmente definidos, associados a um determinado sexo. Por vezes, também é usado o termo género criativo. O termo género variante foi usado no passado, mas está a desaparecer da utilização profissional devido às conotações negativas que agora lhe estão associadas.

GÊNERO: Dependendo do contexto, o género pode referir-se à identidade de género, à expressão de género e/ou ao papel social de género, incluindo interpretações e expectativas, culturalmente ligadas a pessoas a quem, foi atribuído o sexo masculino ou feminino à nascença. As identidades de género diferentes das de homem e mulher (que tanto podem ser cisgénero como transgénero) incluem transgénero, não binária, *genderqueer* (género queer), género neutro, agénero, género fluido e «terceiro» género, entre outros; muitos outros géneros são reconhecidos em diferentes partes do mundo.

HOMEM TRANSGÊNERO ou **HOMEM TRANS** ou **HOMEM COM VIVÊNCIA TRANS** são pessoas que têm identidades de género como homens e a quem foi atribuído sexo feminino à nascença. Podem ou não ter realizado alguma transição. A palavra FTM que significa «fêmea para macho / feminino para masculino» (do inglês, *female to male*) é um termo antigo que está a cair em desuso.

IDENTIDADE DE GÊNERO refere-se à sensação profunda, interna e intrínseca de uma pessoa sobre qual é o seu próprio género.

IDENTIFICADO COMO EUNUCO: Uma pessoa que sente que a sua verdadeira identidade é mais bem expressada pelo termo eunuco. Pessoas que se identificam como eunucos possuem, geralmente, o desejo de remover cirurgicamente os seus órgãos reprodutores ou de os tornar não funcionais.

INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO é um termo diagnóstico, usado na CID-11, que descreve a experiência acentuada e persistente de incompatibilidade entre a identidade de gênero de uma pessoa e o gênero que a sociedade espera que tenha, com base no sexo que lhe foi atribuído à nascença.

INTERSEXO refere-se a pessoas que nascem com características reprodutoras ou sexuais que não se enquadram nas definições binárias de fêmea ou macho.

MISGENDER/MISGENDERING (Troca do Gênero Autodeterminado) descreve uma situação em que a linguagem usada não reflete corretamente o gênero com que a pessoa se identifica. Pode incluir pronomes (ele, dele, seu ou ela, dela, sua, e ainda pronomes neutros ([ile, dile, elu, delu] ou outros) ou formas de tratamento (o senhor, a senhora).

MULHER TRANSGÊNERO ou **MULHER TRANS** ou **MULHER COM VIVÊNCIA TRANS** são pessoas que têm identidades de gênero como mulheres e a quem foi atribuído sexo masculino à nascença. Podem ou não ter realizado alguma transição. A palavra MTF que significa «macho para fêmea / masculino para feminino» (do inglês, *male to female*) é um termo antigo que está a cair em desuso.

NÃO BINÁRIA refere-se às identidades de gênero fora do gênero binário. As pessoas com identidades de gênero não binárias podem identificar-se parcialmente como homem e parcialmente como mulher ou identificar-se por vezes como homem e por vezes como mulher, ou identificar-se com outro gênero que não é homem nem mulher, ou até identificarem-se como não tendo qualquer gênero. As pessoas não binárias podem usar pronomes neutros (ile, dile ou elu, delu, ou outros – sistemas não oficiais na língua portuguesa à data das SOC 8) em vez de ele, dele, seu ou ela, dela, sua. Algumas pessoas não binárias consideram-se transgênero ou trans; outras não se identificam dessa forma pois acreditam que ser transgênero faz parte do gênero binário. O diminutivo NB é por vezes usado como descritor para (gênero) não-binário ou (pessoa ou identidade) não-binária. Exemplos de identidades de gênero não binárias são *genderqueer* (gênero queer), gênero diverso, gênero fluído, demigênero, bigênero e agênero.

ORIENTAÇÃO SEXUAL refere-se à identidade sexual de uma pessoa, às atrações e comportamentos em relação a outras pessoas, com base no(s) gênero(s) e/ou características sexuais da própria e no(s) da(s) pessoa(s) parceira(s). A orientação sexual e a identidade de gênero são termos diferentes.

RETRANSIÇÃO refere-se a uma transição de gênero

secundária, ou subsequente, seja social, médica ou legal. Uma retransição pode ser de um gênero binário ou não binário para outro gênero binário ou não binário. As pessoas podem retransicionar mais do que uma vez. A retransição pode ocorrer por diversos motivos, incluindo evolução das identidades de gênero, problemas de saúde, problemas familiares ou sociais e questões financeiras.

SEXO ATRIBUÍDO À NASCENÇA refere-se à condição de uma pessoa como macho, fêmea ou intersexo, com base em características físicas. O sexo é habitualmente atribuído à nascença apenas com base na aparência dos órgãos genitais externos. ASFAN é uma abreviatura para «atribuído sexo feminino à nascença». ASMAN é uma abreviatura para «atribuído sexo masculino à nascença».

TRANSFOBIA refere-se a atitudes, crenças e ações negativas dirigidas, ou que dizem respeito, a pessoas transgênero ou de gênero diverso, enquanto grupo. A transfobia pode expressar-se através de políticas e práticas discriminatórias, a nível estrutural, ou de formas muito específicas e pessoais. A transfobia também pode ser internalizada, quando as próprias pessoas transgênero ou de gênero diverso aceitam e refletem esses preconceitos sobre si próprias ou sobre outras pessoas transgênero e de gênero diverso. Embora a transfobia possa ser, por vezes, resultado de ignorância não intencional e não de hostilidade direta, os seus efeitos nunca são benignos. Algumas pessoas usam o termo preconceito antigênero em vez de transfobia.

TRANSGÊNERO ou trans são termos abrangentes, usados para descrever pessoas cujas identidades de gênero e/ou expressões de gênero não são as tipicamente esperadas para o sexo que lhes foi atribuído à nascença. Estas palavras devem ser sempre usadas como adjetivos (como em «pessoas trans») e nunca como substantivos (como em «transgêneros») ou verbos (como em «transgenderizada/o»)

TRANSIÇÃO refere-se ao processo pelo qual as pessoas habitualmente passam de uma expressão de gênero associada ao sexo que lhes foi atribuído à nascença para outra expressão de gênero que melhor corresponde à sua identidade de gênero. As pessoas podem fazer uma transição social, usando métodos como a mudança do nome, pronomes, vestuário, estilo de penteado e/ou formas como se comportam ou falam. A transição pode, ou não, envolver a utilização de hormonas e /ou de cirurgias para alterar o corpo. O termo Transição pode ser usado para descrever o processo de alterar a expressão de gênero de uma pessoa, de qualquer gênero para um gênero diferente. As pessoas podem transicionar mais do que uma vez ao longo da vida.

Anexo C Terapias hormonais de afirmação de género

Tabela 1. Tempo esperado para o aparecimento de mudanças físicas em resposta à terapia hormonal de afirmação de género

Esquemas à Base de Testosterona		
Efeito	Início	Máximo
Oleosidade da pele/acne	1-6 meses	1-2 anos
Crescimento de pelo facial/corporal	6-12 meses	> 5 anos
Queda de cabelo	6-12 meses	> 5 anos
Aumento de força/massa muscular	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição de gordura	1-6 meses	2-5 anos
Cessaçao da menstruaçao	1-6 meses	1-2 anos
Aumento clitoriano	1-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	1-6 meses	1-2 anos
Timbre mais grave da voz	1-6 meses	1-2 anos

Esquemas à base de Estrogénios e reduçao de Testosterona

Efeito	Início	Máximo
Redistribuição de gordura	3-6 meses	2-5 anos
Reduçao de força/massa muscular	3-6 meses	1-2 anos
Suavidade da pele/diminuição de oleosidade	3-6 meses	Desconhecido
Reduçao do desejo sexual	1-3 meses	Desconhecido
Reduçao das ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Reduçao da produçao de esperma	Desconhecido	2 anos
Aumento mamário	3-6 meses	2-5 anos
Reduçao do volume testicular	3-6 meses	Variável
Diminuição do crescimento terminal do pelo	6-12 meses	> 3 anos
Aumento do couro cabeludo	Variável	Variável
Mudanças na voz	Nenhuma	

Adaptado de Hembree e colegas, 2017

Tabela 2. Riscos associados à terapia hormonal de afirmação de género (os itens assinalados a negrito são clinicamente relevantes) (Atualizada das SOC 7)

NÍVEL DE RISCO	Esquemas à base de estrogénios	Esquemas à base de testosterona
Provável aumento do risco	Tromboembolismo Venoso Infertilidade Hipercalcemia ^s Hipertrigliceridemia Aumento de Peso	Policitemia Infertilidade Acne Alopecia androgénica Hipertensão Apneia do Sono Aumento de Peso Diminuição do Colesterol HDL e Aumento do Colesterol LDL
Provável aumento do risco com a presença de fatores de risco adicionais	Doença Cardiovascular Doença Cerebrovascular Meningioma ^c Poliúria/Desidratação ^s Colelitíase	Doença Cardiovascular Hipertrigliceridemia
Possível aumento do risco	Hipertensão Disfunção erétil	
Possível aumento do risco com presença de fatores de risco adicionais	Diabetes tipo 2 Baixa Densidade Óssea/Osteoporose Hiperprolactinemia	Diabetes tipo 2 Doença Cardiovascular

Sem aumento de risco ou inconclusivo	Cancro da Próstata e da Mama	Baixa Densidade Óssea/Osteoporose Cancro da Mama, do Colo do Útero, dos Ovários e do Útero.
--------------------------------------	------------------------------	--

^c esquema à base de ciproterona

^s esquema à base de espironolactona

Tabela 3. Esquemas hormonais de afirmação de género em jovens transgénero e de género diverso (Adaptado das Diretrizes da Sociedade de Endocrinologia; Hembree et al., 2017)

Indução da puberdade feminina (esquema à base de estrogénios) com 17β-estradiol oral

Iniciar com 5µg/kg/dia e aumentar de 6 em 6 meses com 5 µg/kg/dia até atingir 20 µg/kg/dia, de acordo com os níveis de estradiol
Dose para Pessoas Adultas = 2 - 6 mg/dia

Para adolescentes TGD pós-púberes, a dose de 17β-estradiol pode ser aumentada mais rapidamente:

1 mg/dia durante 6 meses, seguidos por 2 mg/dia ou mais, de acordo com os níveis de estradiol

Indução da puberdade feminina (esquema com estrogénios) com 17β-estradiol transdérmico

Dose inicial de 6,25 - 12,5 µg/24 h (cortar o adesivo de 24 g para ¼ e depois ½)
Titulação de 6 em 6 meses com 12,5 µg/24 h, de acordo com os níveis de estradiol.

Dose para Pessoas Adultas = 50 - 200 µg/24 horas

Alternativas quando atingir a dose para pessoas adultas (Tabela 4)

Indução da puberdade masculina (esquema à base de testosterona) com ésteres de testosterona

25 mg/m²/2 semanas (ou, em alternativa, metade da dose por semana)

Aumentar 25 mg/m²/2 semanas, de 6 em 6 meses, até à dose para pessoas adultas e terem sido atingidos os níveis-alvo de testosterona. Ver alternativas de testosterona (tabela 4).

Tabela 4. esquemas hormonais para pessoas adultas transgénero e de género diverso*

Esquema à Base de Estrogénios (Transfeminino)

Estrogénio

Oral ou sublingual	
Estradiol	2,0 - 6,0 mg/dia
Transdérmico	
Adesivo transdérmico de estradiol	0,025 - 0,2 mg/dia
Gel de estradiol vários	‡ diariamente na pele
Parentérico	
Valerato ou Cipionato de Estradiol	5-30 mg IM de 2 em 2 semanas 2-10 mg IM semanalmente
Antiandrogénicos	
Espironolactona	100 - 300 mg/dia
Acetato de Ciproterona	10 mg/dia**
Agonista da GnRH	3,75- 7,50 mg SC/IM mensalmente
Agonista da GnRH (formulação em depósito (depot))	11,25/22,5 mg SC/IM 3/6 mensalmente
‡ A quantidade aplicada varia de acordo com a formulação e a dosagem	

Esquema à Base de Testosterona (Transmasculino)

Homens Transgénero

Testosterona

Parentérica	
Enantato/cipionato de testosterona	50 - 100 mg IM/SC semanalmente ou 100 - 200 mg IM de 2 em 2 semanas
Undecanoato de testosterona	1000 mg IM de 12 em 12 semanas ou 750 mg IM de 10 em 10 semanas
Testosterona Transdérmica	
Testosterona em gel	50-100 mg/dia
Testosterona transdérmica (adesivo)	2.5 - 7.5 mg/dia

*As doses são tituladas em maior ou menor quantidade até que o nível das hormonas sexuais esteroide se encontrem dentro do intervalo terapêutico. Os esquemas hormonais não refletem todas as formulações disponíveis em todas as farmácias do mundo. Os esquemas hormonais podem ter de ser adaptados ao que estiver disponível nas farmácias locais.

**Kuijpers et al (2021)

TABELA 5. Monitorização hormonal de pessoas transgénero e de género diverso que recebem terapia hormonal de afirmação de género (adaptado das diretrizes da sociedade de endocrinologia)

Homem Transgénero ou Transmasculino (incluindo pessoas de género diverso/não binário)

1. Avaliação da pessoa aproximadamente de 3 em 3 meses (com alterações posológicas) durante o primeiro ano e 1 a 2 vezes por ano, a partir daí, para monitorizar mudanças físicas apropriadas em resposta à testosterona.
2. Medição da testosterona sérica total de 3 em 3 meses (com alterações posológicas) até atingir os níveis pretendidos
 - a. Para testosterona parentérica, a testosterona sérica total deverá ser medida a meio do período entre injeções. O nível-alvo é de 400 - 700 ng/dl. Alternativamente, medição de concentrações máximas e mínimas, para garantir que os níveis permanecem dentro do intervalo de referência para homens.
 - b. Para undecanoato de testosterona parentérica, a testosterona deve ser medida imediatamente antes d a injeção. Se os níveis forem < 400 ng/dl, o intervalo de administração deve ser ajustado.
 - c. Para testosterona transdérmica, o nível de testosterona não deve ser medido antes de ter passado uma semana após o início da aplicação diária (pelo menos duas horas após a aplicação do produto).
3. Medição dos valores basais do hematócrito e das concentrações de hemoglobina e, depois, cerca de 3 em 3 meses (com alterações posológicas), durante o primeiro ano e, a partir daí, uma a duas vezes por ano.

Mulher Transgénero ou transfeminina (incluindo pessoas de género diverso/não binário)

1. Avaliação da pessoa aproximadamente de 3 em 3 meses (com alterações posológicas) durante o primeiro ano e 1 a 2 vezes por ano, a partir daí, para monitorizar mudanças físicas apropriadas em resposta aos estrogénios.
 - a. os níveis de testosterona sérica devem ser inferiores a 50 ng/dl.
 - b. os níveis de estradiol sérico devem situar-se no intervalo 100 - 200 pg/ml.
 2. Para pessoas que fazem espironalactona, devem ser monitorizados os eletrólitos séricos, em especial o potássio, e a função renal, em especial a creatinina.
 3. o rastreio nos cuidados primários deve seguir as recomendações do capítulo sobre cuidados primários.
-

ANEXO D Resumo dos critérios para a terapia hormonal e procedimentos cirúrgicos em pessoas adultas e adolescentes

As diretrizes das SOC 8 pretendem ser flexíveis de modo a responder às diferentes necessidades de cuidados de saúde das pessoas TGD, a nível global. Embora adaptáveis, disponibilizam normas consensualizadas, fundamentadas na melhor evidência científica disponível, para promover cuidados de saúde ideais e para orientar os procedimentos para pessoas com incongruência de género. Tal como em todas as anteriores versões das SOC, os critérios apresentados neste documento, para intervenções de afirmação de género, constituem orientações clínicas; pelo que, cada profissional ou programa de cuidados de saúde, as pode modificar, em diálogo com a pessoa TGD. Podem surgir desvios clínicos relativamente às SOC devido às características anatómicas, sociais ou psicológicas específicas de uma determinada pessoa; à evolução do método para lidar com uma situação frequente por parte de profissional de saúde com experiência; a um protocolo de investigação; à falta de recursos em várias partes do mundo; ou à necessidade de estratégias específicas para redução de danos. Esses desvios devem ser reconhecidos como tal, explicados à pessoa TGD e documentados. Essa documentação tem, igualmente, imenso valor para a recolha de novos dados, que podem ser analisados retrospectivamente para permitir que os cuidados de saúde - e as SOC - evoluam. Este resumo dos critérios deve ser lido conjuntamente com os capítulos relevantes (ver capítulos sobre Avaliação de Pessoa Adultas e Adolescentes)

Resumo dos critérios para pessoas adultas

Relacionados com o processo de avaliação

- Profissionais de saúde, que avaliam pessoas adultas transgénero e de género diverso, que pretendem realizar procedimentos de afirmação de género, devem estabelecer contactos com profissionais de diferentes especialidades, na área da saúde transgénero, para consulta e referência, se necessário*
- Se for exigida documentação escrita, ou uma carta, para recomendar procedimentos médico-cirúrgicos de afirmação de género (PM-CAG), é apenas necessário um único parecer de uma pessoa profissional de saúde idónea em avaliação de pessoas transgénero e de género diverso.

Crítérios para Hormonas

- Incongruência de género acentuada e persistente;
- Cumprir os critérios de diagnóstico para incongruência de género antes do início da terapia hormonal de afirmação de género, em regiões em que o diagnóstico seja necessário para aceder a cuidados de saúde;
- Demonstra capacidade de dar consentimento para determinada terapia hormonal de afirmação de género;
- Foram identificadas e excluídas outras possíveis causas da aparente incongruência de género;
- As condições de saúde mental e física, que possam afetar negativamente os resultados da terapia, foram avaliadas, e discutidos os respetivos riscos e benefícios;
- Compreende os efeitos da terapia hormonal de afirmação de género sobre a reprodução e foram exploradas as várias opções reprodutivas.

Crítérios para Cirurgia

- Incongruência de género acentuada e persistente;
- Cumprir os critérios de diagnóstico para incongruência de género, antes do início do procedimento cirúrgico de afirmação de género, em regiões em que seja necessário um diagnóstico para aceder a cuidados de saúde;
- Demonstra capacidade de dar consentimento para determinado procedimento cirúrgico de afirmação de género;
- Compreende os efeitos do procedimento cirúrgico de afirmação de género sobre a reprodução e foram exploradas as várias opções reprodutivas;
- Foram identificadas e excluídas outras possíveis causas da aparente incongruência de género;
- As condições de saúde mental e física, que possam afetar negativamente os resultados da intervenção cirúrgica de afirmação de género, foram avaliadas, e discutidos os respetivos riscos e benefícios;
- Estabilidade do esquema de terapia hormonal de afirmação de género (o que pode incluir, pelo menos, 6 meses de terapia hormonal, ou um período mais prolongado, caso seja necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido, a menos que a terapia hormonal não seja pretendida ou esteja clinicamente contraindicada).*

* estes são classificadas como critérios sugeridos

Resumo dos critérios para adolescentes

Relacionados com o processo de avaliação

- Uma avaliação biopsicosocial abrangente, que inclua profissionais de medicina e saúde mental;
- Envolvimento de pessoas cuidadoras e responsáveis parentais no processo de avaliação, a menos que o seu envolvimento seja prejudicial à pessoa adolescente, ou seja inviável;
- Se for exigida documentação escrita, ou uma carta, para recomendar procedimentos médicos ou cirúrgicos de afirmação de género (PM-CAG), é

necessário apenas um parecer por parte de profissional de saúde da equipa multidisciplinar. O parecer deve refletir a avaliação e parecer da equipa, que integra tanto profissionais de medicina como de saúde mental.

Agentes bloqueadores da Puberdade

- a) Diversidade ou Incongruência de género acentuada e persistente;
- b) Cumpre os critérios de diagnóstico para incongruência de género, quando for necessário um diagnóstico para aceder a cuidados de saúde;
- c) Demonstra a maturidade cognitiva e emocional necessária para dar consentimento informado / autorizar o procedimento;
- d) Foram abordados os problemas de saúde mental (se existirem), que possam interferir com a clareza do diagnóstico, a capacidade de dar consentimento e os procedimentos de afirmação de género; o bastante para que o procedimento médico de afirmação de género seja prestado da melhor forma possível.
- e) Possui informação sobre os efeitos reprodutivos, incluindo a potencial perda de fertilidade e as opções disponíveis para a preservação da fertilidade;
- f) Atingiu o estágio 2 de Tanner.

Terapias Hormonais

- a) Diversidade ou Incongruência de género acentuada e persistente;
- b) Cumpre os critérios de diagnóstico para incongruência de género, quando for necessário um diagnóstico para aceder a cuidados de saúde;
- c) Demonstra a maturidade cognitiva e emocional necessária para dar consentimento informado / autorizar o procedimento;
- d) Foram abordados os problemas de saúde mental (se existirem), que possam interferir com a clareza do diagnóstico, a capacidade de dar consentimento e os procedimentos de afirmação de género; o bastante para que o procedimento médico de afirmação de género seja prestado da melhor forma possível.
- e) Possui informação sobre efeitos reprodutivos, incluindo a potencial perda de fertilidade e as opções disponíveis para a preservação da fertilidade;
- f) Atingiu o estágio 2 de Tanner.

Cirurgia

- a) Diversidade ou Incongruência de género acentuada e persistente;
- b) Cumpre os critérios de diagnóstico para incongruência de género, quando for necessário um diagnóstico para aceder a cuidados de saúde;
- c) Demonstra a maturidade cognitiva e emocional necessária para dar consentimento informado / autorizar o procedimento;
- d) Foram abordados os problemas de saúde mental (se existirem), que possam interferir com a clareza do diagnóstico, a capacidade de dar consentimento e os procedimentos de afirmação de género; o bastante para que o procedimento médico de afirmação de género seja prestado da melhor forma possível.
- e) Possui informação sobre efeitos reprodutivos, incluindo a potencial perda de fertilidade e as opções disponíveis para a preservação da fertilidade;
- f) Fez terapia hormonal de afirmação de género durante, pelo menos, 12 meses ou mais, se necessário, para alcançar o resultado cirúrgico pretendido com os procedimentos de afirmação de género, incluindo aumento mamário, orquiectomia, vaginoplastia, histerectomia, faloplastia, metoidioplastia e cirurgia facial, como parte de procedimentos de afirmação de género, a menos que a terapia hormonal não seja pretendida ou esteja clinicamente contraindicada.

ANEXO E Procedimentos cirúrgicos de afirmação de género

À medida que a compreensão das múltiplas componentes da incongruência de género se expande, e que a tecnologia se desenvolve,

permitindo tratamentos adicionais, é imperativo compreender que esta lista não pretende ser exaustiva. Isto é particularmente importante dado os períodos frequentemente longos entre as atualizações das SOC, durante os quais podem ocorrer evoluções tanto na compreensão como nas modalidades de tratamento.

Cirurgia Facial

Sobrancelha

- Bedução da sobrancelha
- Aumento da sobrancelha
- Elevação da sobrancelha

Avanço da linha capilar e/ou transplante capilar
facelift/mid-facelift (após alteração das estruturas ósseas subjacentes)

Blefaroplastia
rinoplastia (+/- fillers)
Bochecha

- Platismoplastia
- *lipofilling*

lábios

- Implante
- *lipofilling*
- redução de lábio superior
- aumento dos lábios (inclui autólogo e não autólogo)
- redução do ângulo mandibular
- aumento
- osteoplástico
- aloplástico (com implante)
- Cirurgia das cordas vocais (ver capítulo sobre voz)

maxilar inferior

Remodelação do queixo

Chondrolaringoplastia

Cirurgia da mama ou peito

Mastectomia

- Mastectomia com preservação ou reconstrução da areola ou mamilo se for considerado clinicamente necessário para a pessoa em concreto
- Mastectomia sem preservação ou reconstrução da areola ou mamilo se for considerado clinicamente necessário para a pessoa em concreto

Lipaspiração
Reconstrução mamária (aumento)

- Implante e/ou expansor de tecidos
- autólogo (inclui técnica com retalho e *lipofilling*)

Cirurgia genital

Faloplastia (com ou sem escrotoplastia)

- Com ou sem alongamento uretral
- Com ou sem prótese (peniana e/ou testicular)
- Com ou sem colpectomia ou colpocleise
- Com ou sem alongamento uretral
- Com ou sem prótese (peniana e/ou testicular)
- Com ou sem colpectomia ou colpocleise
- Pode incluir retenção de pénis e/ou testículo
- Pode incluir procedimentos descritos como «flat front»

Metoidioplastia (com ou sem escrotoplastia)

Vaginoplastia (inversão, peritoneal, intestinal)
Vulvoplastia

gonadectomia

orquiectomia
Histerectomia e/ou salpingo-ooforectomia

Contorno Corporal

lipoaspiração
Implantes
Puboplastia/redução do monte púbico

- Peitoral, anca, glúteo, gêmeos

Procedimentos adicionais

Depilação: depilação do rosto, corpo e áreas genitais para afirmação de género ou como parte de um processo de preparação pré-cirúrgica. (ver declaração 15.14 sobre depilação)
tatuagem (ou seja, mamilo-areola)
transplante de útero
Transplante peniano

- eletrólise
- Depilação a laser