



FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2020/2021

Matilde Marinheira Dias Sampaio Monteiro

Impacto da Transição Social Precoce na Saúde Mental de Crianças
com Disforia de Género / Impact of Early Social Transition on the
Mental Health of Children with Gender Dysphoria

MARÇO, 2021

FMUP

Matilde Marinheira Dias Sampaio Monteiro
Impacto da Transição Social Precoce na Saúde Mental de Crianças
com Disforia de Género / Impact of Early Social Transition on the
Mental Health of Children with Gender Dysphoria

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria

Tipologia: Monografia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutor Manuel António Fernandez Esteves**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Psiquiatria Clínica**

MARÇO, 2021

Eu, MATILDE DABINHEIRA DIAS SARPAIO RONTEIRO, abaixo assinado, nº mecanográfico 201505463, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 10 / 03 / 2021

Assinatura conforme cartão de identificação:

Matilde Ronteiro

NOME

MATILDE NARINHEIRA DIAS SANPAIO RONTEIRO

NÚMERO DE ESTUDANTE

201505463

E-MAIL

matilde.mds@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Impacto da transição social precoce na saúde mental de crianças com Disforia de Género

ORIENTADOR

MANUEL ANTÓNIO FERNANDEZ ESCEVES

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 10 / 03 / 2021

Assinatura conforme cartão de identificação: Matilde Ronteiro

Impacto da Transição Social Precoce na Saúde Mental de Crianças com Disforia de Género

Matilde Marinheira Dias Sampaio Monteiro

6ºano de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Autor Correspondente:

Matilde Monteiro

Vila Paulista nº1, Vila Real

5000-053, Vila Real, Portugal

matildemdsm@gmail.com

RESUMO

A transição social precoce é uma abordagem cada vez mais frequente a crianças pré-púberes com Disforia de Género. Porém, os seus possíveis benefícios ou desvantagens são desconhecidos, especialmente quanto ao bem-estar psicológico da criança. Esta revisão tem como objetivo expor a evidência científica existente relativa ao impacto da transição social na saúde mental destas crianças.

Foi efetuada uma pesquisa, na base de dados *MEDLINE*, por artigos sobre saúde mental e transição social precoce na Disforia de Género Infantil, que permitiu selecionar os cinco estudos revistos.

Em quatro estudos, as crianças transitadas socialmente apresentaram níveis de psicopatologia equivalentes à média populacional. Dois estudos inferiram que o bem-estar psicológico das crianças não se correlacionava com o *status* de transição social ou o grau de aceitação familiar, mas sim com a qualidade da relação com os seus pares.

Esta revisão atesta que crianças pré-púberes transgénero cuja identidade de género é afirmada e apoiada poderão apresentar um bom funcionamento psicológico. Porém, não é todavia possível concluir o efeito direto da transição social de género na saúde mental das crianças.

Palavras-chave: Disforia de Género Infantil; Crianças Transgénero; Transição Social Precoce; Funcionamento Psicológico.

ABSTRACT

Early social transition is an increasingly popular approach to prepubertal children with Gender Dysphoria. Nonetheless, its possible benefits or disadvantages remain unknown, especially the ones regarding the child's psychological well-being. This review aims to display the existing scientific evidence concerning the impact of social transition on the mental health of these children.

A research for articles on mental health and early social transition in Child Gender Dysphoria was conducted on the *MEDLINE* database, from which five studies were selected.

In four studies, socially transitioned children had equivalent psychopathology levels to the populational average. Two studies inferred that children's psychological well-being was not correlated with the status of social transition or the degree of family acceptance, but with the quality of the relationship with their peers.

This review shows that pre-pubertal transgender children whose gender identity is affirmed and supported might have good psychological functioning. However, it is not yet possible to conclude the direct effect of social gender transition on children's mental health.

Keywords: Childhood Gender Dysphoria; Transgender Children; Early Social Transition; Psychological Well-being.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Conceitos-chave

A identidade de género consiste na percepção intrínseca do próprio como pertencente a um determinado género (1), sendo uma característica mediada cognitivamente (2). O conceito de género não é algo dicotómico (identificar-se como homem ou mulher), mas sim dimensional e fluído, cobrindo um amplo espectro de rótulos ou simplesmente um entendimento não-binário do género (3).

É importante a diferenciação entre identidade de género e expressão de género, que diz respeito à forma como um indivíduo apresenta o seu género ao mundo, e é dependente do contexto sociocultural em que está inserido (4). A não-conformidade de género refere-se a expressões de género que caem fora das expectativas de uma sociedade para um determinado género atribuído (5).

A Incongruência de Género (IG), de acordo com a última edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), corresponde a uma discordância marcada e persistente entre a identidade de género e o sexo biológico de um indivíduo (6). Uma pessoa com IG tanto se poderá sentir confortável com esse aspeto da sua identidade, assim como poderá experienciar um sofrimento clinicamente significativo, definido como disforia de género.

O diagnóstico de Disforia de Género (DG), segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), está envolto de controvérsia, uma vez que se desconhece se este sofrimento é inerente à discordância de género, ou se deriva das reações negativas que estes indivíduos vivenciam, por parte das suas famílias e da sociedade (5). Não obstante, a existência destas classificações diagnósticas demonstra a sua importância através da facilitação do acesso destas pessoas a cuidados de saúde (7), encorajando ainda a investigação científica (8).

Transgénero ou *trans* são termos “guarda-chuva” usados para descrever indivíduos que, de forma transitória ou persistente, se identificam com um género diferente do atribuído ao nascimento (9). Inclui aqueles cuja identidade se alinha com o que é tipicamente associado ao sexo “oposto”, mas também aqueles cuja identidade se encontra entre os dois géneros binários, ou fora destes. Estes podem definir-se como não-conformantes de género, *genderqueer*, *gender fluid*, *gender creative*, *gender independent* ou *gender nonbinary* (10).

1.2. Disforia de Género Infantil

Os critérios de diagnóstico de Disforia de Género Infantil mais recentes encontram-se no DSM-5. Comparativamente a crianças mais velhas e adultos, a avaliação de comportamentos associados a papéis de género em crianças pequenas é mais fácil, dado que inclui fenómenos facilmente observáveis: preferência afiliativa a pares do mesmo género, tipos de brincadeira, papéis em brincadeiras de fantasia, interesses em brinquedos, entre outros (11).

O início dos comportamentos não-conformantes de género ocorre geralmente entre os 2 e os 4 anos de idade, que corresponde ao período de desenvolvimento em que as crianças começam a expressar comportamentos e interesses relacionados com o seu género (12). Crianças em idade pré-escolar podem apresentar comportamentos não-conformantes de género, expressar o desejo de pertencer ao género “oposto”

ou até rotular-se como membro desse gênero. Podem demonstrar sinais de sofrimento (p. ex., choro intenso) quando os pais dizem que ela ou ele não é “realmente” membro de outro gênero (12). Algumas expressam desconforto com a sua anatomia sexual, insistindo estar “presas no corpo errado” ou afirmando o desejo de possuir uma anatomia sexual correspondente à do gênero experienciado (disforia anatômica) (1). A disforia anatômica torna-se mais comum à medida que as crianças se aproximam da puberdade (12). Outros comportamentos frequentes são o *cross-dressing* (vestir como o gênero “oposto”), brincadeiras onde têm papéis do gênero “oposto” e a preferência por brinquedos e atividades típicas desse gênero (3).

1.3. Abordagem clínica em crianças com Disforia de Gênero

Contrariamente ao que se verifica em adolescentes e adultos transgênero, não existe evidência científica, nem consenso entre os profissionais, relativamente à melhor abordagem em crianças pré-púberes (13), sendo o principal obstáculo a ausência de ensaios controlados randomizados que comparem as diferentes abordagens descritas na literatura, sendo este um modelo de estudo difícil de concretizar nesta área (14, 15).

Assim, atualmente, o maior nível de evidência para selecionar entre as abordagens existentes baseia-se em opiniões de especialistas na área, deixando os profissionais de saúde com pouco mais do que o seu próprio julgamento clínico (16).

É importante salientar que as intervenções nas crianças pré-púberes com DG são apenas a nível psicossocial, não existindo qualquer recomendação para tratamentos hormonais ou cirúrgicos para esta faixa etária (a recomendação para início de bloqueadores da puberdade existe para crianças que se encontrem no estadio T2 de Tanner, ou seja, que já se encontram na adolescência).

Existem três abordagens gerais descritas na literatura para crianças com disforia de gênero: psicoterapêutica, “watchful-waiting” e afirmativa (8).

A abordagem psicoterapêutica inclui estratégias cognitivas e comportamentais, com o objetivo de aumentar o conforto da criança em expressar comportamentos e identificações consistentes com o seu gênero atribuído ao nascimento (17). Baseiam-se numa tentativa de prevenir o *outcome* indesejável - o transsexualismo - como meio de proteger as crianças do ostracismo social e maus-tratos, bem como dos riscos médicos associados à terapia de substituição hormonal crónica e cirurgias de redesignação sexual (15, 18). Esta abordagem é atualmente considerada não-ética por várias instituições internacionais, incluindo a *World Professional Association for Transgender Health* e a Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente (8), embora alguns especialistas, como Zucker, Wood, Singh e Bradley, a defendam (19).

Já no modelo de “*watchful-waiting*” não existe uma intervenção ativa em relação aos comportamentos e expressão de gênero da criança com DG. Privilegia-se, assim, a criação de um espaço seguro que possibilite à criança a exploração da sua identidade de gênero, aconselhando-se a espera até à puberdade para o início da transição social (8).

Por fim, a abordagem afirmativa recomenda uma exploração aberta da identidade de gênero da criança sem qualquer objetivo em mente (transgênero ou não) e apoia a transição social precoce para as crianças que expressem assertivamente esse desejo (16). A criança não-conformante de gênero é apoiada a viver da forma mais confortável, no seu entender, sendo que determinar o que é mais confortável é, frequentemente, um

processo fluído e temporalmente variável. Esta abordagem permite a criação de tempo e espaço para exploração e auto-aceitação dentro de uma variedade infinita de expressões ou identidades de género (9), sendo a variância de género vista sempre como algo saudável.

1.4. Transição social precoce

A transição social precoce faz parte da abordagem afirmativa de género, a qual tem vindo a crescer em popularidade nos últimos anos. Equivale a uma decisão não-médica, em que a criança pré-púbere com DG se apresenta à sociedade como membro do género afirmado (17, 20).

A transição pode ser completa ou parcial. A transição social completa inclui mudança no vestuário e penteado, primeiro nome e pronomes, de modo geral em todos os aspetos do quotidiano da pessoa. A transição social parcial consiste na concretização de apenas algumas destas mudanças e/ou estas mudanças acontecerem apenas em certos contextos (ex: em casa, mas não na escola).

Um número crescente de pais apoia os seus filhos em idade pré-púbere no seu desejo de viver no papel de género afirmado (21). Os investigadores Steensma e Cohen-Kettenis, na clínica de identidade de género da Universidade Livre de Amesterdão, verificaram, entre 2000 e 2009, uma prevalência crescente de crianças que já tinham transitado socialmente aquando da sua referenciação. Previamente a 2000, apenas 2 crianças pré-púberes, de entre 112 crianças (0,02%) encaminhadas para esta clínica, estavam a viver completamente no papel de género “oposto”. Entre 2000 e 2004, à data da referenciação, 3,3% das crianças tinham transitado completamente e 19% parcialmente. Entre 2005 e 2009, estes valores aumentaram para 8.9% e 33.3%, respetivamente (22).

A transição social precoce não é apropriada para todas as crianças que exibem comportamentos não-conformantes de género. A diferenciação entre expressão de género e identidade de género é crucial para distinguir entre crianças que são insistentes, persistentes e consistentes na afirmação de uma identidade transgénero, e crianças que estão a afirmar ou explorar expressões não-conformantes de género ao mesmo tempo que aceitam o seu género designado (23). Cada vez mais é reconhecido que a transição social precoce é apropriada para crianças que são consistentemente assertivas quanto à sua identidade transgénero e que não conseguem viver no género designado sem sofrimento intenso (24), para as quais a transição social oferece um alívio notório (18).

1.5. Psicopatologia na Disforia de Género Infantil

Vários estudos baseados em amostras clínicas de crianças não-conformantes de género reportam elevadas taxas de psicopatologia, especialmente de natureza internalizada, tal como depressão e ansiedade, quando comparadas a controlos não referenciados e à população geral (8). É importante salientar a origem comum das amostras presentes nestes estudos em clínicas que aplicavam uma abordagem que não a afirmativa perante as crianças que lhes eram referenciadas. Para além disso, muitos estudos utilizaram como critério de inclusão o diagnóstico de Perturbação de Identidade de Género do DSM-IV, o qual, sendo mais amplo do que o atual (Disforia de Género, DSM-V), poderá ter levado à inclusão de crianças que demonstravam apenas comportamentos variantes de género, sem, assertivamente, afirmarem uma identidade transgénero.

A título de exemplo, um estudo desenvolvido por *Cohen-Kettenis et al.*, em 2003, que incluiu duas amostras de crianças, com idades entre os 6 e os 11 anos, referenciadas a clínicas especializadas em questões de género, em Toronto, no Canadá (N=358) e em Utrecht, nos Países Baixos (N=130) concluiu que 47.2% e 59.3% das crianças exibiam sintomas de psicopatologia dentro dos limites clínicos, respetivamente (25).

Outro estudo, desenvolvido por Singh et al., em 2011, abrangeu uma amostra de 131 crianças, com idades entre os 6 e os 12 anos, referenciadas à clínica de Toronto, e denotou que 60,1% das crianças apresentavam sintomas de psicopatologia dentro dos limites clínicos (26).

Adicionalmente, o estudo de Steensma et al., de 2014, que incluiu duas amostras de crianças, com idades inferiores a 12 anos, referenciadas às clínicas de Toronto (N=312) e de Amesterdão, nos Países Baixos (N=242), concluiu que 32,7% destas exibiam sintomas de psicopatologia dentro dos limites clínicos (27).

1.6. Objetivos da revisão

Estudos baseados em amostras de crianças não-conformantes de género referenciadas a clínicas com abordagens que não a afirmativa reportam elevadas taxas de psicopatologia, sobretudo de natureza internalizada. Apesar do muito debate relativo à abordagem afirmativa na Disforia de Género Infantil, mais especificamente acerca da transição social precoce, existe pouca evidência empírica quanto à extensão do impacto desta transição no funcionamento psicológico das crianças.

Esta revisão tem como objetivo expor o grau de bem-estar psicológico de crianças que transitaram socialmente, por forma a verificar se manifestam os mesmos altos níveis de psicopatologia, e se existe alguma correlação entre o grau de psicopatologia da criança e o facto de esta ter transitado socialmente.

Assim, pretende-se sumarizar os resultados dos estudos publicados até à data que incidem nesta matéria, propondo uma resposta à questão “A transição social precoce tem impacto na saúde mental de crianças pré-púberes com disforia de género?”.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada uma pesquisa da literatura na base de dados *MEDLINE (PubMed)*, de setembro a dezembro de 2020. A pesquisa incidiu sobre artigos relativos ao impacto da transição social precoce em crianças transgénero ou com o diagnóstico de Disforia de Género, redigidos em inglês.

A autora recorreu à *query* “[*Childhood Gender Incongruence OR Childhood Gender Dysphoria OR transgender children OR transgender youth*) AND (*early social transition OR social transition*) AND (*mental health OR anxiety OR depression OR CBCL OR psychological functioning*)]”. Foram também analisadas as listas de referências dos artigos retirados das bases de dados, como forma de aglomerar o maior número possível de artigos relativos ao tema em estudo.

A informação recolhida dos estudos corresponde às características dos grupos de crianças estudadas (número de indivíduos e dados sociodemográficos), ao desenho de cada estudo e às variáveis que retratam o funcionamento psicológico das crianças, com base nas escalas representadas na tabela 1.

3. RESULTADOS

3.1. Seleção dos estudos

Encontra-se esquematizado na Figura 1 o processo de seleção dos estudos resultantes da pesquisa bibliográfica.

A pesquisa na base de dados resultou num total de 62 artigos, tendo sido selecionados 14 após leitura do título e resumo. Os restantes foram excluídos por não estarem escritos em inglês (2) ou por não fornecerem informação adequada ao tema (46). Após leitura integral, foram excluídos 11 por não incluírem exclusivamente o estudo de variáveis de funcionamento psicológico em amostras de crianças transgénero ou com o diagnóstico de Disforia de Género. Foram incluídos 2 estudos após análise das listas de referências dos artigos selecionados para leitura integral.

Desta forma, foram selecionados 5 estudos observacionais, publicados entre 2016 e 2020. Os resultados foram organizados tematicamente, com vista a assegurar a descrição destes da forma mais intuitiva possível.

3.2. Objetivos e características dos estudos

Os objetivos dos 5 estudos, assim como o tamanho, critérios de inclusão, dados sociodemográficos das amostras e questionários realizados constituem as características expostas na tabela 2 e 3, respetivamente.

3.3. Resultados dos estudos individuais

3.3.1. Olson *et al.*, 2016 (28)

- **Depressão:** O nível médio de sintomas depressivos das crianças transgénero da amostra não diferiu da média populacional ($M=50.1$, $p=0.883$). Não se verificaram diferenças na taxa de depressão entre os três grupos ($p=0.320$), entre sexos natais ($p=0.498$) ou a existência de uma interação entre grupo e sexo ($p=0.979$).
- **Ansiedade:** O nível médio de ansiedade das crianças transgénero foi mais elevado comparativamente à média populacional ($M=54.2$, $p<0.001$), embora não se encontrasse nos limites clínicos (>63) ou pré-clínicos (>60). Ao comparar os três grupos, as taxas de ansiedade foram marginalmente mais elevadas na amostra do estudo ($p=0.057$). Não houve diferenças entre sexos ($p=0.990$) ou interação entre grupo e sexo ($p=0.664$).

3.3.2. Durwood *et al.*, 2017 (29) - parte 1

- **Depressão auto-relatada:** As crianças transgénero da amostra não demonstraram diferenças significativas quanto a sintomas depressivos quando comparadas com a média populacional ($p=0.290$). Entre os três grupos de crianças, não se verificaram diferenças significativas nos *scores* de sintomas depressivos ($p=0.311$).
- **Ansiedade auto-relatada:** As crianças transgénero não demonstraram diferenças significativas relativamente a sintomas ansiosos quando comparadas com a média populacional ($p=0.096$), embora

apenas marginalmente. Entre os três grupos, não se encontraram diferenças significativas, embora apenas marginalmente quanto aos sintomas ansiosos ($p=0.076$).

- **Depressão relatada pelos pais:** Comparando com a média populacional, não existiu diferença quanto aos sintomas depressivos reportados pelos pais ($p=0.14$). Os relatos dos pais, relativamente aos sintomas depressivos dos filhos, não diferiram significativamente entre os grupos ($p=0.728$).
- **Ansiedade relatada pelos pais:** Os pais das crianças do grupo transgénero reportaram taxas de ansiedade mais elevadas do que a média populacional ($p<0.001$). Os pais indicaram taxas de ansiedade mais elevadas nos filhos transgénero do que nos controlos ($p=0.02$), assim como um pouco mais elevadas do que nos irmãos ($p=0.073$).
- **Comparação dos auto-relatos com os relatos dos pais:** Quanto a sintomas depressivos, os relatos dos pais das crianças transgénero não diferiram dos auto-relatos dos seus filhos ($p=0.338$). Por outro lado, os pais reportaram taxas de ansiedade mais elevadas nos filhos do que as próprias crianças ($p=0.039$).

3.3.3. Durwood et al., 2017 (29) - parte 2

- **Auto-estima:** As crianças dos três grupos referiram taxas de autoestima superiores ao ponto-médio da escala, indicando autoestima elevada. Não se encontraram diferenças entre os três grupos quanto ao grau de autoestima reportado ($p=0.142$).

3.3.4. Kuvalanka et al., 2017 (30)

- **Bem-estar psicológico:** O *t score* médio, para sintomas internalizados, das crianças transgénero que haviam transitado socialmente (*cross-gender identified*, CGI), foi de 53.23 (SD=9.92), 95% CI [49.59, 56.86] e para sintomas externalizados foi de 51.16 (SD=10.29), 95% CI (47.39, 54.93], ou seja, não diferiram significativamente da média populacional (50). Apenas cerca de 25% das crianças CGI se incluiu dentro dos limites pré-clínicos e clínicos nas escalas CBCL de problemas totais, internalizados e externalizados.
- **Comparação com crianças não-CGI:** A comparação com o grupo de crianças não-CGI evidenciou que as crianças do grupo CGI exibiram significativamente menos problemas totais ($p<0.01$) e sintomas internalizados ($p<0.05$).
- **Preditores do bem-estar psicológico:** Embora o grau de conformidade de género tenha demonstrado uma associação significativa com o bem-estar da criança, esta foi fraca ($p<0.05$). Quanto mais *cross-gender identified* as crianças fossem, menores os problemas internalizados e totais. A ansiedade do cuidador também apresentou associação significativa e fraca com o bem-estar da criança ($p<0.05$), sendo que quanto maior a ansiedade do cuidador, maiores os *scores* de problemas internalizados e totais da criança. O maior preditor do bem-estar da criança foi a relação desta com os seus pares. As crianças que exibiam piores relações com os pares apresentaram um maior grau de problemas internalizados ($p<0.01$), externalizados ($p<0.001$) e totais ($p<0.001$).

3.3.5. Wong et al., 2019 (31)

- **Comparação com crianças cisgênero variantes de gênero:** Os dois grupos de crianças transgênero transitadas não apresentaram diferenças significativas nos scores de bem-estar psicológico comparativamente ao grupo de crianças cisgênero variantes de gênero.
- **Preditores do bem-estar psicológico:** Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os scores de aceitação parental e os scores de psicopatologia total ($p=0.843$), internalizada ($p=0.617$) e externalizada ($p=0.668$). Uma pobre relação com os pares, por sua vez, associou-se significativamente a maiores scores de psicopatologia total ($p<0.001$), internalizada ($p<0.001$) e externalizada ($p<0.001$).

3.3.6. Sievert et al., 2020 (32)

- Dentro da amostra clínica (crianças com o diagnóstico de Disforia de Gênero), 70% havia iniciado a transição social em pelo menos uma área da sua vida (casa, amigos, escola) e 39% das crianças havia transitado completamente (em todas as áreas da sua vida).
- **Bem-estar psicológico:** Os pais reportaram níveis de psicopatologia significativamente mais elevados nas crianças transgênero, em comparação com a média da população alemã para a mesma idade ($M=59.37$, $SD=11.33$, 95% IC [56.28; 62.46]). Os t-scores de psicopatologia internalizada foram mais elevados ($M=59.87$, $SD=11.59$, 95% IC [56.71; 63.03]) do que os t-scores de psicopatologia externalizada ($M=55.74$, $SD=11.93$, 95% IC [52.49; 59.00]). 46% da amostra apresentou problemas internalizados dentro dos limites clínicos (t-score >63).
- **Preditores do bem-estar psicológico:** Na análise de regressão, o grau de transição social não se associou significativamente ao grau de funcionamento psicológico ($p>0.05$). Os preditores mais significativos do grau de funcionamento psicológico foram a pobre relação com os pares ($p<0.01$) e o pior funcionamento familiar ($p<0.01$). Os problemas internalizados das crianças associaram-se significativamente ao nível socioeconômico ($p=0.037$) e aos problemas com pares ($p=0.000$). Quanto aos problemas externalizados, estes apenas se associaram significativamente aos problemas com pares ($p=0.000$) e ao grau de funcionamento familiar (0.012).

3.4. Resultados por variável estudada

- **Bem-estar psicológico relativamente à média populacional:** O bem-estar psicológico de crianças transgênero que haviam previamente transitado socialmente foi avaliado em todos os estudos incluídos nesta revisão. Os scores de psicopatologia não diferiram significativamente da média populacional (americana) em 4 estudos (28-31). Sievert et al. reportaram níveis de psicopatologia significativamente superiores à média populacional (alemã) (32).
- **Comparação com crianças cisgênero da população e irmãos:** Dois estudos compararam o bem-estar psicológico das crianças transgênero com o dos seus irmãos e também com o de crianças cisgênero da população (emparelhadas por gênero e idade) (28, 29). Ambos concluíram que não

existiam diferenças significativas quanto à psicopatologia entre os grupos, com a exceção dos relatos parentais de ansiedade no estudo de *Durwood et al.*, em que os pais reportaram taxas de ansiedade mais elevadas nos filhos transgênero que nos seus irmãos e nos controlos emparelhados ($p=0.073$).

- **Comparação com crianças variantes de gênero e não *cross-gender identified*:** Dois estudos compararam o bem-estar psicológico das crianças transgênero transitadas de gênero (*cross-gender*) com o de crianças variantes de gênero mas sem uma identificação *cross-gender* (30, 31). *Kuvalanka et al.* demonstraram que as crianças transgênero exibiam significativamente menos problemas totais e sintomas internalizados do que as crianças variantes de gênero não *cross-gender*, enquanto que *Wong et al.* concluíram que não existiam diferenças entre os dois grupos de crianças.
- **Preditores do funcionamento psicológico:** Apenas os estudos de *Wong et al.* e *Sievert et al.* efetuaram análises de regressão, de forma a determinar quais os fatores mais associados ao bem-estar psicológico das crianças transgênero, sendo o de maior relevância, para esta revisão, o *status* de transição social. *Wong et al.* não analisaram diretamente o *status* de transição social, mas antes o grau de aceitação/apoio parental relativamente à identidade de gênero, o qual, quando elevado, poderá representar um marcador indireto de uma abordagem afirmativa. Verificaram que não existia associação entre o grau de aceitação parental e o funcionamento psicológico nas crianças não-conformantes de gênero.

Da mesma forma, *Sievert et al.* não encontraram associação entre o *status* de transição social e o grau de funcionamento psicológico nas crianças com diagnóstico de Disforia de Gênero. Os preditores mais significativos do funcionamento psicológico das crianças foram semelhantes nos dois estudos: pobre relação com os pares no estudo de *Wong et al.* e pobre relação com os pares e pior funcionamento familiar no estudo de *Sievert et al.*

4. DISCUSSÃO

4.1. Bem-estar psicológico das crianças

Os estudos que calcularam a taxa de psicopatologia das crianças transitadas comparativamente à população geral de crianças apresentaram conclusões ligeiramente diferentes.

O conjunto de estudos estadunidenses com amostras baseadas na comunidade (*Olson et al.*, *Durwood et al.* e *Kuvalanka et al.*) inferiram níveis de psicopatologia semelhantes à média da população americana e aos grupos de comparação, divergindo apenas nas taxas de ansiedade, ligeiramente mais elevadas do que esses grupos. Adicionalmente, *Durwood et al.* constataram níveis de autoestima elevados em crianças transitadas socialmente, algo pertinente, visto que a literatura demonstra que a autoestima representa um preditor importante de *outcomes* de saúde mental em crianças e adolescentes (33, 34).

Assim, estes resultados contrastam marcadamente com os dos estudos que reportavam elevadas taxas de psicopatologia em crianças não-conformantes de gênero referenciadas a clínicas especializadas com outras abordagens que não a afirmativa, e que não haviam transitado socialmente. A comparação entre estes resultados é limitada pelas diferentes origens das amostras (populacional vs clínica, de países distintos) e critérios de

inclusão (crianças transgénero vs diagnóstico de Perturbação de Identidade de Género, do DSM-IV). Porém, os resultados dos estudos incluídos nesta revisão demonstram que uma criança com disforia de género (e cuja abordagem foi afirmativa, tendo transitado socialmente), ao contrário do descrito anteriormente, pode apresentar um funcionamento psicológico normal.

Por outro lado, o estudo de *Seivert et al.*, realizado na Alemanha, apresenta resultados que vão ao encontro dos estudos prévios, constatando taxas elevadas de psicopatologia nas crianças com disforia de género referenciadas a uma clínica (46% da amostra dentro dos limites clínicos). Isto poder-se-á dever à origem clínica da amostra, sendo que crianças referenciadas poderão apresentar um maior risco de pobre funcionamento psicológico do que aquelas cujas famílias não procuram serviços clínicos, e também ao facto de que apenas 39% das crianças na amostra havia transitado completamente, ao contrário dos restantes estudos da revisão, em que somente foram incluídas crianças já transitadas.

É importante uma futura averiguação da viabilidade da comparação de taxas de psicopatologia em crianças com disforia de género, mediante a proveniência das amostras estudadas.

4.2. Maior prevalência de ansiedade

Tanto *Olson et al.* como *Durwood et al.* concluíram que as crianças transgénero transitadas sofriam ligeiramente de mais ansiedade que a média populacional, embora ainda abaixo dos limites pré-clínicos. Isto poderá ser explicado por: (1) Apesar de receberem apoio considerável das suas famílias, estas crianças provavelmente continuam a experienciar taxas relativamente altas de vitimização ou micro-agressões diárias, particularmente por crianças que as categorizam de acordo com o seu género atribuído à nascença. Portanto, a transição social pode resultar em pobres relações com os pares e, consequentemente, num comprometimento do bem-estar psicológico destas; (2) Adicionalmente, uma criança transgénero não revelada (ou seja, cujos pares não estão cientes do seu *status* transgénero) poderá sentir ansiedade pela possibilidade de outros descobrirem a sua identidade transgénero; (3) As crianças transgénero não possuem o corpo típico de crianças com a sua identidade de género, o que poderá igualmente ser uma fonte de sofrimento; (4) Por último, algumas crianças das amostras estudadas aproximam-se da puberdade, e a maioria está consciente de que esta fase irá provocar mudanças físicas no seu corpo, numa direção indesejável (a não ser que iniciem terapia com bloqueadores da puberdade), o que poderá também gerar preocupação e ansiedade consideráveis.

4.3. Associação entre a transição social precoce e o bem-estar psicológico

Apesar de nos estudos estadunidenses o funcionamento psicológico das crianças que transitaram ser bom, o modelo destes estudos não permite inferir uma associação entre a transição e o funcionamento psicológico, especialmente pela ausência de dados relativos ao estado de saúde mental anterior à transição. Não obstante o facto de as crianças apresentarem, em média, *scores* nos limites não-clínicos, não se sabe se teriam *scores* semelhantes antes da transição social. Ou seja, estes estudos apresentam dados “pós-tratamento”, mas não “pré-tratamento” - o que representa uma limitação crucial dos mesmos.

Kuvalanka et al. e *Wong et al.* compararam o bem-estar psicológico das crianças transitadas com o de crianças não conformantes de género não transitadas (e que exibiam menor grau de identificação *cross-gender*).

Enquanto *Wong et al.* não encontraram diferenças entre estes dois grupos, *Kuvalanka et al.* constataram que as crianças variantes de género não transitadas apresentavam maiores níveis de psicopatologia. Uma criança que se identifica exclusivamente com o género “oposto” e que, por isso, completa a transição social, receberá, provavelmente, uma afirmação persistente da sua identidade transgénero da parte de todos os que a rodeiam. Em contrapartida, crianças que não afirmam uma identidade completamente *cross-gender*, demonstrando apenas alguns comportamentos variantes de género, ou até uma identidade não-binária, poderão acabar por receber uma afirmação mais limitada da sua expressão de género, enfrentando mais estigma por parte de uma sociedade binária.

Wong et al. e *Sievert et al.* concluíram, nos modelos de regressão, que o funcionamento psicológico das crianças transitadas não se associava ao grau de aceitação parental, nem ao grau de transição social, respetivamente. Desta forma, a aceitação parental ou afirmação de género isoladas poderão não ser suficientes para minimizar os riscos de psicopatologia nas crianças transgénero. Uma conclusão comum a estes dois estudos foi a da importância da qualidade das relações das crianças com os seus pares, aparentando estas representar um preditor robusto do grau de bem-estar mental, juntamente com o funcionamento familiar geral.

Há que realçar, no entanto, que estes estudos são transversais e, por isso, não permitem formar ou negar uma associação objetivamente causal entre os resultados. Não analisam a evolução da saúde mental das crianças antes e depois da transição, comparando apenas grupos de crianças, pontualmente. Por este motivo, são necessários estudos longitudinais que avaliem o bem-estar psicológico das crianças transgénero pré e pós-transição social.

4.4. Estudos baseados apenas em relatórios parentais

Os estudos de *Olson et al.*, *Kuvalanka et al.*, *Wong et al.* e *Seivert et al.* apresentaram resultados dependentes da perspetiva parental sobre a psicopatologia das crianças. Estudos sugerem que, mesmo em crianças “típicas de género”, os pais subnotificam, frequentemente, sintomas de internalização, possivelmente por não estarem conscientes dessas experiências internas (35). Nos estudos incluídos nesta revisão, existe ainda a preocupação de que as respostas dos pais aos questionários de saúde mental das crianças sejam enviesadas, devido ao desejo destes em acreditar que os seus filhos se encontram bem após a transição, a qual eles autorizaram (viés de confirmação).

Desta forma, são cruciais estudos que examinem a perspetiva das crianças sobre a sua própria saúde mental, tal como o realizado por *Durwood et al.*, que contraria a referenciada hipótese, uma vez que os pais reportaram taxas de ansiedade e depressão nos filhos semelhantes às reportadas pelos próprios, atribuindo-lhes até taxas de ansiedade ligeiramente mais elevadas do que as próprias.

4.5. Limitação dos estudos

A principal limitação dos estudos desta revisão recai no facto de estes serem transversais, não permitindo uma avaliação causal do impacto da transição social no funcionamento psicológico das crianças. Para além disso, não consideraram, nas suas variáveis, o tempo decorrido desde a transição.

Os estudos incluem amostras nas quais o nível socioeconómico (NSE) médio é elevado, o que gera dúvidas acerca da possibilidade de generalização dos resultados. Um elevado NSE está geralmente associado a melhor *outcome* de saúde mental em crianças (36), podendo, portanto, constituir um fator contribuinte para os resultados positivos observados em alguns estudos. São necessários estudos futuros que recorram a amostras mais diversificadas e de maiores dimensões.

5. CONCLUSÕES

Os resultados dos estudos revistos ainda não permitem determinar se a transição social precoce leva a um melhor funcionamento psicológico em crianças transgénero, dado que nenhum constitui um ensaio controlado randomizado, com atribuição aleatória de crianças transgénero às diferentes abordagens clínicas - um modelo de estudo que seria considerado não-ético. Idealmente, deverá ser desenvolvido um estudo longitudinal de crianças transgénero, antes e depois da transição social precoce, comparando-as com um grupo de controlo, não submetido a essa abordagem. Apenas este modelo de estudo permitiria aferir se, a nível individual, ocorre melhoria do quadro psicológico com o decorrer do processo de transição. Não obstante, os estudos aqui revistos deram os primeiros passos na direção da criação de uma base de evidência acerca dos benefícios e/ou riscos associados à transição social precoce.

Os estudos estadunidenses baseados na comunidade (*Olson et al.*, *Durwood et al.* e *Kuvalanka et al.*), por verificarem *scores* baixos de psicopatologia nas crianças que transitaram socialmente, sugerem que a presença de uma identidade transgénero em crianças pré-púberes não equivale a altos níveis de psicopatologia. As elevadas taxas de problemas de saúde mental reportadas no estudo de *Sievert et al.*, em contraste com os três estudos supracitados, poder-se-ão dever ao facto de este se basear numa amostra clínica e não da comunidade, o que por si só poderá estar associado a uma maior prevalência de psicopatologia.

Os estudos de *Wong et al.* e *Sievert et al.* permitem afirmar, com alguma evidência comprovativa, que as relações com os pares e o funcionamento familiar geral aparentam ser preditores robustos do bem-estar psicológico das crianças, talvez mais importantes do que a transição social em si. Deste modo, avaliar as relações da criança com os seus pares deverá ser um foco principal dos cuidadores e profissionais de saúde.

São ainda desconhecidas as implicações da transição social precoce no bem-estar psicológico das crianças a longo-prazo. À medida que as crianças transgénero avançam para a adolescência e vida adulta, poderão experienciar níveis de rejeição aos quais não estiveram expostas enquanto crianças. Estudos na população geral demonstram que a prevalência de depressão é relativamente baixa em crianças pré-púberes, aumentando drasticamente durante a adolescência (37). Assim, é importante o seguimento continuado destas crianças durante as fases de desenvolvimento sucedentes, por forma a avaliar se apresentam níveis de psicopatologia mais elevados do que a população geral.

6. REFERÊNCIAS

1. Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. *Horm Behav*. 2013;64(2):288-97.
2. Stein E. Commentary on the treatment of gender variant and gender dysphoric children and adolescents: common themes and ethical reflections. *J Homosex*. 2012;59(3):480-500.
3. Skordis N, Kyriakou A, Dror S, Mushailov A, Nicolaidis NC. Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones (Athens)*. 2020;19(3):267-76.
4. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex*. 2012;59(3):337-56.
5. Kuvalanka KA, Weiner JL, Mahan D. Child, Family, and Community Transformations: Findings from Interviews with Mothers of Transgender Girls. *Journal of GLBT Family Studies*. 2014;10(4):354-79.
6. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th ed 2018.
7. Martinerie L, Condat A, Bargiacchi A, Bremont-Weill C, de Vries MC, Hannema SE. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol*. 2018;179(5):R219-R37.
8. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):13-20.
9. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):79-102.
10. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, 2nd, Johnson CC, Joseph CL. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-95.
11. Zucker K, Cohen-Kettenis P. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*. 2012:376-422.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC 2013.
13. Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep*. 2014;44 Suppl 4:S17-22.
14. Zucker K. The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*. 2018.
15. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex*. 2012;59(3):501-10.
16. Turban JL. Transgender Youth: The Building Evidence Base for Early Social Transition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(2):101-2.
17. Lebowitz SF, Telingator C. Assessing gender identity concerns in children and adolescents: evaluation, treatments, and outcomes. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(2):111-20.
18. Minter SP. Supporting transgender children: new legal, social, and medical approaches. *J Homosex*. 2012;59(3):422-33.

19. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex.* 2012;59(3):369-97.
20. Brooks J. The Controversial Research on 'Desistance' in Transgender Youth 2018 [Available from: <https://www.kqed.org/futureofyou/441784/the-controversial-research-on-desistance-in-transgender-youth>.
21. Steensma T, Cohen-Kettenis P. Gender Transitioning before Puberty? *Archives of sexual behavior.* 2011;40:649-50.
22. Steensma TD. From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents.: Vrije Universiteit Amsterdam; 2013.
23. Hidalgo MA, Ehrensaft D, Tishelman AC, Clark LF, Garofalo R, Rosenthal SM, et al. The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn. *Human Development.* 2013;56(5):285-90.
24. Hill DB, Menvielle E, Sica KM, Johnson A. An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(1):6-23.
25. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(1):41-53.
26. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. Commentary on “An Affirmative Intervention for Families with Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender” by Hill, Menvielle, Sica, and Johnson (2010). *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2011;37(2):151-7.
27. Steensma TD, Zucker KJ, Kreukels BPC, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. 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.* 2014;42(4):635-47.
28. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20153223.
29. Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(2):116-23 e2.
30. Kavalanka KA, Weiner JL, Munroe C, Goldberg AE, Gardner M. Trans and gender-nonconforming children and their caregivers: Gender presentations, peer relations, and well-being at baseline. *J Fam Psychol.* 2017;31(7):889-99.
31. Wong WI, van der Miesen AIR, Li TGF, MacMullin LN, VanderLaan DP. Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender-variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology.* 2019;7(3):241-53.
32. Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, Fahrenkrug S, Becker-Hebly I. Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with Gender Dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020:1359104520964530.
33. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2013;139(1):213-40.
34. McGee R, Williams S, Nada-Raja S. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(4):281-91.

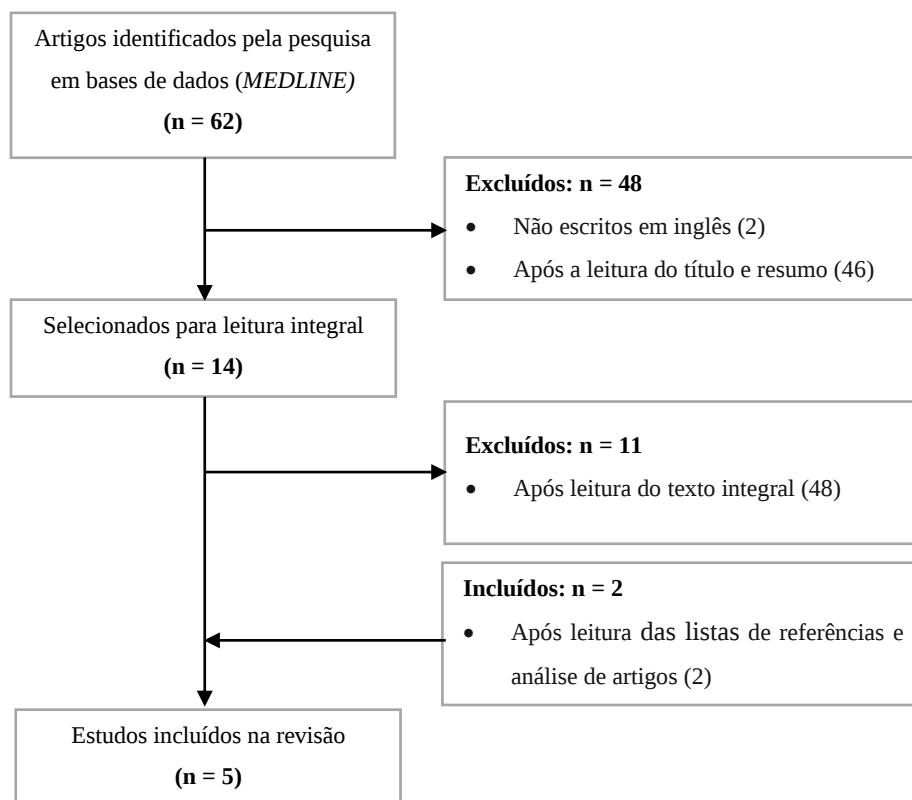
35. De Los Reyes A, Kazdin AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychol Bull.* 2005;131(4):483-509.
36. McLaughlin KA, Costello EJ, Leblanc W, Sampson NA, Kessler RC. Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *Am J Public Health.* 2012;102(9):1742-50.
37. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *J Pediatr.* 2019;206:256-67.e3.

7. ANEXOS

7.1. Tabela 1: Escalas utilizadas nos estudos para caracterizar o funcionamento psicológico das crianças.

Nome	Descrição
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>	Avalia problemas comportamentais e emocionais e competências nas crianças e adolescentes, de acordo com a informação fornecida pelos pais ou cuidadores. Fornece um Score de Problemas Totais que reflete a soma dos problemas, assim como duas escalas que permitem separar problemas internalizados de externalizados. A escala de problemas internalizados baseia-se na avaliação de ansiedade, depressão, queixas somáticas e problemas de abstinência. A escala de problemas externalizados consiste na avaliação de comportamentos agressivos ou desobediência. Os T-scores são obtidos relativamente aos níveis médios de problemas na população (M=50; SD=10). T-scores entre 60 e 63 são considerados pré-clínicos e acima de 63 são considerados clínicos.
<i>Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)</i>	Os estudos incluídos nesta revisão utilizaram o formulário pediátrico do PROMIS, especificamente quanto à avaliação de sintomas de ansiedade e depressão (psicopatologia de natureza internalizada). Os t-scores são obtidos relativamente aos níveis médios de sintomas na população (M=50; SD=10). T-scores entre 60 e 63 são considerados pré-clínicos e acima de 63 são considerados clínicos.
<i>Global Self-Worth Subscale</i>	Subescala retirada do “<i>Harter Self-Perception Profile for Children</i>”. Inclui valores desde o 1 até ao 4, correspondendo o 2.5 ao ponto médio da escala.

7.2. Figura 1: Esquema do processo de seleção de estudos resultantes da pesquisa na Medline



7.3. Tabela 2: Objetivos dos estudos

Estudo	Objetivo do estudo
<i>Olson et al., 2016</i>	Avaliar o grau de depressão e ansiedade numa amostra comunitária de crianças transgénero que tinham transitado socialmente, comparando-as a dois grupos controlo: crianças cisgénero da comunidade emparelhadas por idade e género e irmãos das crianças transgénero.
<i>Durwodd et al., 2017</i>	Parte 1: Avaliar o grau de depressão e ansiedade auto-reportadas por uma amostra comunitária de crianças transgénero que tinham transitado socialmente, comparando-as a dois grupos controlo: crianças cisgénero da comunidade emparelhadas por idade e género e irmãos das crianças transgénero. Comparar as respostas das crianças com as dos pais. Parte 2: Avaliar o grau de autoestima de uma amostra de crianças transgénero que tinham transitado socialmente.
<i>Kuvalanka et al., 2017</i>	Avaliar o bem-estar de uma amostra comunitária de crianças transgénero que tinham transitado socialmente (<i>cross-gender identified</i>, grupo CGI), comparando-as com uma amostra de crianças com comportamentos não-conformantes de género, sem uma identidade claramente <i>cross-gender - non-cross-gender identified</i> (grupo não-CGI). Estudar a correlação de diferentes variáveis com o bem-estar das crianças (idade da criança, grau de conformidade de género, relações com os pares, ansiedade e depressão do cuidador).
<i>Wong et al., 2019</i>	Avaliar o bem-estar psicológico de duas amostras comunitárias de crianças transgénero que tinham transitado socialmente (amostras do estudo de <i>Olson et al., 2016</i> e de <i>Kuvalanka et al., 2017</i>), comparando-as com uma amostra de crianças cisgénero com alguns comportamentos não-conformantes de género (amostra do estudo de <i>van der Miesen et al., 2018</i>). Estudar a correlação de diferentes variáveis com o bem-estar psicológico das crianças (grau de aceitação parental e pobre relação com os pares).
<i>Seivert et al., 2020</i>	Estudar a correlação entre o <i>status</i> de transição social e o funcionamento psicológico numa amostra clínica de crianças com o diagnóstico de Disforia de Género (DSM-5). Também foi analisada a correlação do funcionamento psicológico com o grau de funcionamento familiar e com a qualidade de relações com os pares.

7.4. Tabela 3: Características dos estudos

	Tamanho amostra	Idades	Critério de inclusão	Grupo de comparação	Origem e país da amostra e controlo	Questionários	Escala
Olson et al., 2016	73	3-12 anos	Transitadas socialmente	Crianças cisgénero emparelhadas por idade e identidade de género (n=73) Irmãos cisgénero (n=49)	Comunidade EUA	Parentais	PROMIS
Durwodd et al., 2017 (Parte 1)	63	9-14 anos	Transitadas socialmente	Crianças cisgénero emparelhadas por idade e género (n=63) Irmãos cisgénero (n=38)	Comunidade EUA	Auto-relatos das crianças Parentais	PROMIS
Durwodd et al., 2017 (Parte 2)	116	6-14 anos	Transitadas socialmente	Crianças cisgénero emparelhadas por idade e género (n=122) Irmãos cisgénero (n=72)	Comunidade EUA	Auto-relatos das crianças	Global Self-Worth Subscale
Kuvalanka et al., 2017	31	6-12 anos	Transitadas socialmente	Crianças variantes de género sem identidade <i>cross-gender</i> (n=14)	Comunidade EUA	Parentais	CBCL
Wong et al., 2019	104 (73+31)	3-14 anos	Transitadas socialmente	Crianças cisgénero com alguma variância de género (n=162)	Comunidade EUA	Parentais	PROMIS CBCL
Seivert et al., 2020	54	5-11 anos	Diagnóstico de DG	NA	Clínica Alemanha	Parentais	CBCL

Legenda: DG = Disforia de Género; NA = não aplicável; EUA = Estados Unidos da América

Normas da revista “Psiquiatria Clínica”

A revista ‘PSIQUIATRIA CLÍNICA’ publica artigos originais na área da Psiquiatria e Saúde Mental, escritos em português, em conformidade com as seguintes categorias: [1] artigos originais; [2] artigos de revisão; [3] casos clínicos; [4] cartas ao editor; [5] artigos especiais por convite.

Os manuscritos devem ser enviados para o endereço electrónico psiqlir@huc.min-saude.pt, ao cuidado do Editor da Revista ‘Psiquiatria Clínica’, em formato Microsoft Word, aceitando-se anexos (p. ex. imagens, tabelas) em formato JPEG ou Microsoft Excel.

Além do título do artigo, em português e em inglês, e da categoria de manuscrito escolhida, deverá ser indicado o nome dos autores, suas qualificações e filiações profissionais. Um autor deverá ser indicado como responsável pela correspondência, constando como contactos morada profissional, telefone e endereço electrónico. A informação referente aos autores - nome, qualificações e filiações, endereço e contactos do autor-correspondente - deverá ser remetida num ficheiro à parte, separado do corpo do artigo. Os artigos devem ser acompanhados de um resumo, contendo uma descrição clara e concisa do artigo, que não deve exceder um limite de 200 palavras. Deverão ser indicadas palavras-chave, em número máximo de 4, que reflectam o conteúdo do manuscrito. Recomenda-se o uso de termos ‘Medical Subject Headings’, do Index Medicus. Resumos e palavras-chave deverão ser redigidos em 2 versões: português e inglês. Relativamente ao idioma do texto do artigo, serão aceites contribuições em português ou inglês.

A estrutura dos Artigos Originais, e Revisão, quando aplicável, deverá ser organizada segundo as secções: (1) Introdução, (2) Métodos, (3) Resultados, (4) Discussão, (5) Conclusões. Os Casos Clínicos deverão estruturar-se como: (1) Introdução, (2) Caso Clínico, (3) Discussão. A dimensão dos manuscritos, excluindo resumo e referências, deverá respeitar os seguintes limites de palavras: Artigos Originais – 5000, Artigos de Revisão – 7500, Casos Clínicos – 2000, Cartas ao Editor – 750.

As referências bibliográficas deverão adoptar as normas para publicação segundo o estilo Vancouver, do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (vide http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), sendo citadas no texto por números árabes consecutivos, entre parêntesis, inseridos por ordem de entrada. A título de exemplo:

(1) Vaz-Serra A. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000; 20(4): 261-278.

A submissão de um manuscrito à revista implica a sua originalidade, nomeadamente que o trabalho em questão não tenha sido anteriormente publicado, ou que não tenha sido submetido em simultâneo a outros periódicos científicos. Em termos éticos, nomeadamente no referente a autorias, recomenda-se a leitura e cumprimento das recomendações do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (vide <http://www.icmje.org/recommendations>).

Os artigos submetidos serão avaliados pelo conselho editorial, que apreciará a sua conformidade com a linha editorial da ‘Psiquiatria Clínica’. Caso seja assinalada a necessidade de revisão, os pareceres serão comunicados aos autores, que deverão proceder às necessárias modificações antes de resubmeter o artigo. A revista não garante a publicação de todos os artigos que lhe sejam entregues, pelo que, em caso de rejeição do manuscrito, o mesmo será devolvido aos autores.

Os artigos publicados serão da exclusiva responsabilidade dos autores. Após a sua aceitação e publicação na revista 'Psiquiatria Clínica' tornar-se-ão propriedade desta, e a sua reprodução, total ou parcial, só poderá ser feita com autorização prévia do Editor. Estão salvaguardadas, como exceção, breves citações de texto utilizadas na elaboração de outros artigos científicos.

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles - SANRA

1) Justification of the article's importance for the readership: 2 (The importance is explicitly justified.).

Página 7: “Estudos baseados em amostras de crianças não-conformantes de género referenciadas a clínicas com abordagens que não a afirmativa reportam elevadas taxas de psicopatologia, sobretudo de natureza internalizada. Apesar do muito debate relativo à abordagem afirmativa na Disforia de Género Infantil, mais especificamente acerca da transição social precoce, existe pouca evidência empírica quanto à extensão do impacto desta transição no funcionamento psicológico das crianças. Esta revisão tem como objetivo expor o grau de bem-estar psicológico de crianças que transitaram socialmente, por forma a verificar se manifestam os mesmos altos níveis de psicopatologia, e se existe alguma correlação entre o grau de psicopatologia da criança e o facto de esta ter transitado socialmente.”

2) Statement of concrete aims or formulation of questions: 2 (One or more concrete aims or questions are formulated.).

Página 7: “Assim, pretende-se sumarizar os resultados dos estudos publicados até à data que incidem nesta matéria, propondo uma resposta à questão “A transição social precoce tem impacto na saúde mental de crianças pré-púberes com disforia de género?”.”

3) Description of the literature search: 2 (The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria.).

Página 7: “Foi efetuada uma pesquisa da literatura na base de dados MEDLINE (PubMed), de setembro a dezembro de 2020. A pesquisa incidiu sobre artigos relativos ao impacto da transição social precoce em crianças transgénero ou com o diagnóstico de Disforia de Género, redigidos em inglês.

A autora recorreu à query “[*(Childhood Gender Incongruence OR Childhood Gender Dysphoria OR transgender children OR transgender youth) AND (early social transition OR social transition) AND (mental health OR anxiety OR depression OR CBCL OR psychological functioning)*]”. Foram também analisadas as listas de referências dos artigos retirados das bases de dados, como forma de aglomerar o maior número possível de artigos relativos ao tema em estudo.”

4) Referencing: 2 (Key statements are supported by references.).

Página 4: “O início dos comportamentos não-conformantes de género ocorre geralmente entre os 2 e os 4 anos de idade, que corresponde ao período de desenvolvimento em que as crianças começam a expressar comportamentos e interesses relacionados com o seu género (12).”

5) Scientific reasoning: 2 (Appropriate evidence is generally present.).

Página 9: “Desta forma, foram selecionados 5 estudos observacionais, publicados entre 2016 e 2020.”

6) Appropriate presentation of data: 2 (Relevant outcome data are generally presented appropriately.).

Página 9: “O *t score* médio, para sintomas internalizados, das crianças transgénero que haviam transitado socialmente (*cross-gender identified*, CGI), foi de 53.23 (SD=9.92), 95% CI [49.59, 56.86] e para sintomas

externalizados foi de 51.16 (SD=10.29), 95% CI (47.39, 54.93], ou seja, não diferiram significativamente da média populacional (50).”