

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Tratamento da Disforia de Género em Idade Pediátrica

Eduarda Cristina Coelho Paiva

M

2022



Artigo de Revisão Bibliográfica

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

TRATAMENTO DA DISFORIA DE GÉNERO EM IDADE PEDIÁTRICA

Eduarda Cristina Coelho Paiva

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço de correio eletrónico: edupai21@hotmail.com

Orientadora: Professora Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Assistente Hospitalar de Psiquiatra da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Afiliação: Professora Auxiliar do ICBAS – Universidade do Porto, Departamento de Ciências do Comportamento

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Junho 2022

TRATAMENTO DA DISFORIA DE GÉNERO EM IDADE PEDIÁTRICA

Junho 2022

Assinatura Estudante

Édessa Cristino Coelho Paiva

Assinatura Orientador

Paulo Roberto

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Paula Freitas, pela sua paciência e compreensão.

À minha família, especialmente aos meus pais, por todo o apoio, motivação e carinho que me têm dado.

Aos meus amigos, por me acompanharem durante todo este percurso e me motivarem a ir mais longe.

Resumo

Introdução: A Identidade de Género refere-se à experiência individual daquilo que é masculino, feminino ou algo para além do binário. A criança, na maioria dos casos, aprende a reconhecer o seu género e dos que a rodeiam pelos dezoito a trinta e seis meses. Numa grande percentagem, este reconhecimento de género vai de acordo com o género atribuído à nascença, contudo algumas crianças podem demonstrar comportamentos e atitudes que não se enquadram no que é considerado norma social para pessoas do mesmo género. Quando esta discrepância se associa a angústia ou desconforto do sujeito, estamos perante um caso de Disforia de Género. Até à data não é possível estimar com certeza a sua prevalência, contudo sabe-se que tem havido um aumento de crianças e adolescentes à procura de tratamento especializado.

Objetivos: Rever a literatura existente acerca da abordagem médica e cirúrgica da Disforia de Género na população pediátrica, bem como os efeitos destas.

Métodos: Utilizando a base de dados PubMed, foi feita uma pesquisa utilizando os seguintes *MeSH Terms*: “gender incongruence”, “gender dysphoria”, “dysphoria in children”, “dysphoria in adolescents”, “transgender youth”. A partir de um total de 2631 resultados, a pesquisa foi restringida a artigos publicados a partir de 2010, o que reduziu a 2366 artigos e dos quais foram selecionados 24 artigos. Foram selecionados apenas artigos originais, incluindo estudos em que a média ou a mediana da idade dos participantes seria abaixo dos 18 anos, e relatos de casos que tivessem em atenção os efeitos secundários do tratamento. Adicionalmente, foram revistas as principais referências bibliográficas dos artigos selecionados e foram também consultados o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)*, as Normas de Tratamento para a saúde das pessoas trans e com variabilidade de género (7ª Edição, 2011) da *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, *Recomendações sobre abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes* (Prata, A. T., Araújo, C., Cordovil, C., et al.) e *Gender development, Handbook of Child Psychology: Vol. 3* (Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum).

Desenvolvimento: O tratamento da DG inclui diversos tipos de intervenções, psicológicas, sociais ou físicas. A transição social, como única intervenção na infância, continua a ser um tema discutível pela instabilidade da disforia nesta fase do desenvolvimento. As intervenções médicas dividem-se em três categorias: totalmente reversíveis, parcialmente reversíveis ou irreversíveis. Sabe-se que estas terapêuticas podem ter efeitos ao nível da mineralização óssea, na fertilidade e do desenvolvimento cerebral, contudo não estão tão bem estudados como na população adulta.

Conclusão: Existem cada vez mais crianças e adolescentes a procurar tratamentos afirmantes de género. Contudo, há ainda um escasso conhecimento sobre os efeitos das terapêuticas de

transição de gênero nesta faixa etária, em comparação com a população adulta. Assim, são necessários mais estudos para determinar a segurança destes e providenciar os melhores cuidados a esta população.

Palavras-chave: disforia de gênero; incongruência de gênero; disforia na infância; disforia na adolescência; GnRH

Abstract

Introduction: Gender Identity refers to the subjective experience of how one sees themselves as masculine, feminine, or outside of this binary. Most the children learn to recognize their gender around eighteen to thirty-six months of age. In a considerable number of them, the gender corresponds to the one assigned at birth. However, some may show behaviours that go against norms associated with their assigned gender. When this divergence is associated with distress or discomfort, it is called Gender Dysphoria. Up until now, it has not been possible to ascertain with clarity the prevalence of GD, however, there has been an increase in children and adolescents looking for specialized care.

Objectives: Review the existing literature on the medical and surgical approach to Gender Dysphoria, and its consequences, in the pediatric population.

Methods: A search was done in the PubMed database, using the following MeSH Terms: “gender incongruence”, “gender dysphoria”, “dysphoria in children”, “dysphoria in adolescents”, “transgender youth”. The results were narrowed down from a total of 2631 articles, to only include those published after 2010, leaving a total of 2366 articles. From here, 24 articles were selected, for they were studies where the mean and median age of the participants was below 18, or case reports highlighting the effects of treatment. Additionally, the main references of the selected articles were also reviewed, as well as the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)*, the Standards of Care 7th Edition (2011) by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH), *Recomendações sobre abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes* (Prata, A. T., Araújo, C., Cordovil, C., et al.), and Gender development, Handbook of Child Psychology: Vol. 3 (Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum).

Development: The treatment of GD includes psychological, social and physical interventions. Social transition during childhood is still controversial, due to the low rates of persistence of dysphoria. The medical and surgical interventions are divided into three categories: fully reversible, where the goal is puberty suppression; partially reversible, with cross-sex hormones; irreversible, which comprises of surgical procedures. It is known that these therapies can affect bone mineral density, fertility, and brain development. However, these are not as well studied as in the adult population.

Conclusion: There’s an increasing number of children and adolescents requiring gender affirming care. Yet, there’s still a lack of information on the effects of the interventions provided, needing more studies to determine safety and provide the best care.

Keywords: gender dysphoria; gender incongruence; dysphoria in children; dysphoria in adolescents; GnRH.

Lista de Abreviaturas

DG	Disforia de Género
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition</i>
GIDYQ-A	<i>Gender Identity/Dysphoria Questionnaire for Adolescents</i>
IG	Identidade de Género
IGF-1	<i>Insulin-like growth factor 1/Somatomedina C</i>
NB	Não-binário
NCG	Não-conformidade de Género
GAN	Género Atribuído à Nascimento
GFAN	Género Feminino Atribuído à Nascimento
GMAN	Género Masculino Atribuído à Nascimento
TS	Transição Social
VG	Variabilidade de Género
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i>

Índice

Introdução.....	1
Definição de Conceitos.....	1
Epidemiologia.....	2
Objetivos	3
Métodos	3
Avaliação da Disforia de Género	4
Transição Social.....	5
Transição Médica e Cirúrgica	6
Intervenções Totalmente Reversíveis	6
Intervenções Parcialmente Reversíveis	7
Intervenções Irreversíveis	7
Consequências Associadas ao Tratamento	8
Conclusão	10
Referências.....	11

Introdução

Definição de Conceitos

A Identidade de Género (IG) refere-se à experiência individual de pertencer a determinado género: masculino, feminino ou, em algumas situações, algo que vai além deste binário. A percepção que uma pessoa tem sobre o seu género influencia o seu dia-a-dia e providencia uma base importante para as suas interações com os outros¹.

A maioria das crianças aprendem a reconhecer em si e nos outros o género a que pertencem por volta dos dezoito a trinta e seis meses, e podem também já demonstrar algum conhecimento sobre os papéis de género e os primeiros sinais de uma preferência por interagir com outras crianças do mesmo género, ao invés do oposto².

Na maioria dos casos, a identidade de género desenvolve-se de acordo com o género atribuído à nascença (GAN), sendo o indivíduo, nesta situação, considerado cisgénero. No entanto, também por volta dos dois a três anos, algumas crianças podem já indicar que gostariam de ser de outro género e comportar-se como tal, mostrando preferência por roupas, jogos, brinquedos e atividades associadas a outro género, uma tendência para desempenhar o papel de outro género nos jogos de “faz-de-conta”, ou mostrando uma completa aversão ou rejeição de comportamentos ou interesses estereotipicamente associados ao SAN². Algumas podem até expressar desagrado pela sua anatomia sexual e o desejo de ter características sexuais primárias e/ou secundárias do género experienciado³.

A Variabilidade de Género (VG) ou Não-Conformidade de Género (NCG) refere-se a esta discrepância entre a identidade ou a expressão de género de um indivíduo e aquilo que são consideradas as normas sociais para pessoas desse mesmo sexo. Em alguns casos, esta incongruência acompanha-se de um desconforto ou angústia, sendo que neste caso estamos perante Disforia de Género (DG)⁴.

O termo “não-binário” engloba experiências de género que vão além do masculino ou feminino. Este inclui pessoas que se identificam como “agénero”, de “género neutro”, “neutrois”, termos que estão muitas vezes associados com a experiência de não ter género. Existem também indivíduos que se identificam com mais do que um género ou cujo género flutua com o tempo e o contexto. Estes podem identificar-se como “genderfluid”, “bigender”, “pangender”, entre outros⁵.

Embora se tenha verificado uma maior percentagem de orientação sexual bi- ou homossexual em crianças com DG^{6,7}, é de se salientar que a Identidade de Género e a Orientação Sexual são

conceitos independentes, pelo que a presença de NCG não nos informa à partida sobre a orientação sobre a orientação sexual do indivíduo⁸.

Epidemiologia

Até ao momento não foi possível indicar com precisão a prevalência da Disforia de Género em idade pediátrica, visto que não existem estudos epidemiológicos rigorosos publicados. As publicações existentes baseiam-se em dados de clínicas especializadas no tratamento da DG, o que exclui todos os indivíduos que não procuram tratamento especializado⁹. Não obstante, tem-se verificado um aumento no número de crianças e adolescentes a recorrer a clínicas especializadas, sendo este aumento mais significativo nos últimos 20 anos¹⁰.

Num questionário feito a uma amostra randomizada de 2730 adolescentes entre o 6º e o 8º ano de escolaridade em São Francisco, 1,3% dos questionados identificou-se como transgénero em resposta à pergunta “Qual é o teu género?”¹¹.

Já num estudo publicado em 2019 foi aplicado o GIDYQ-A (*Gender Identity/Dysphoria Questionnaire for Adolescents*) a alunos entre os 16-18 anos numa escola secundária em Tampere, Finlândia, primeiramente no ano letivo 2012-2013, e replicado mais tarde em 2017. Na primeira amostra, 2,2% dos alunos de GMAN e 0,5% de GFAN reportaram DG significativa. Em 2017, houve um ligeiro aumento das percentagens, correspondendo a 3,6% dos alunos de GMAN e 2,3% de GFAN com DG significativa¹².

Relativamente ao padrão de referenciação para clínicas especializadas, um estudo realizado por Wood et al. concluiu que haveria uma alteração na razão entre indivíduos de género masculino atribuído à nascença (GMAN) e de género feminino atribuído à nascença (GFAN), conforme a idade. Na clínica em Toronto, a razão entre estes dois grupos com idades entre os 3 e os 12 anos, referenciados nos anos 1976-2011, seria de 4,49:1. Já numa clínica em Amesterdão, a razão seria menor, de 2,02:1, porém continuava a favorecer o sexo masculino. Ao estudar o número de adolescentes referenciados por DG, a razão entre os dois sexos passa a ser de 1,04:1 em Toronto e de 1,01:1 em Amesterdão¹³.

Com base nestes achados, Aitken et al. conduzem dois estudos quantitativos ao nível destas duas mesmas clínicas, de forma a verificar se realmente existe uma inversão recente da razão entre os dois sexos. Assim, comparando o número de adolescentes admitidos nestas clínicas em 2006-2013 vs. anos anteriores, concluiu-se que, de facto, existem uma inversão da tendência de referenciação, tendo nos últimos anos favorecido adolescentes com GFAN¹⁰.

Por outro lado, é importante salientar que nem todos os casos de DG em crianças progridem até à idade adulta. A percentagem de “persistentes”, indivíduos cuja disforia se prolonga até à adolescência, varia entre 2% e 27% ¹⁴. Questões sobre “desistentes” e “persistentes” serão discutidas em maior detalhe mais à frente.

Objetivos

Neste artigo de revisão decidimos focar-nos unicamente nos tratamentos da Disforia de Género na população pediátrica quando se optava por intervenções no sentido da reatribuição de género, bem como os efeitos desses tratamentos tanto a nível físico como psicológico.

Métodos

Esta revisão de literatura foi realizada com a recurso à plataforma PubMed, onde foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: “*gender incongruence*” OU “*gender dysphoria*” OU “*dysphoria in children*” OU “*dysphoria in adolescents*” OU “*transgender youth*”.

Desta pesquisa resultou um total 2631 resultados (publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola), distribuídos temporalmente entre 1974 e 2022. Restringimo-nos a artigos publicados a partir de 2010, por maior uniformização da terminologia utilizada, reduzindo os resultados a 2366. Destes foram selecionados 24 artigos, estando incluídos artigos originais, em que a média ou a mediana da idade dos participantes fosse abaixo dos 18 anos, e os relatos de casos que tivessem em atenção os efeitos secundários do tratamento da DG. Foram excluídos artigos de revisão, relatos de caso ou casos seriados que não cumprissem o critério acima mencionado, e de correspondência entre autores.

Adicionalmente, foram revistas as principais referências bibliográficas dos artigos selecionados, selecionando 6 outros artigos, e foram também consultados o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)*, as Normas de Tratamento para a saúde das pessoas trans e com variabilidade de género (7ª Edição, 2011) da *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, *Recomendações sobre abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes* (Prata, A. T., Araújo, C., Cordovil, C., et al.) e *Gender development, Handbook of Child Psychology: Vol. 3* (Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum).

Avaliação da Disforia de Género

A Avaliação Clínica e nomeadamente a avaliação Psicológica é a componente fundamental desta avaliação e tem como função, numa primeira fase, diagnosticar a DG e avaliar a elegibilidade da criança ou adolescente para iniciar tratamentos de supressão da puberdade ou afirmantes de género¹⁵. Numa primeira consulta, é discutido em conjunto com os pais e a criança ou adolescente quais as suas preocupações e quais os objetivos que pretendem atingir. As consultas subsequentes são feitas em separado, sendo avaliado o desenvolvimento emocional, cognitivo e psicossocial da criança ou adolescente. É feita uma avaliação dos sentimentos e comportamentos relativos à identidade e expressão de género, e o impacto que estes têm no funcionamento da criança. Para além disso, são avaliados outros componentes como estratégias de *coping* e psicopatologia concomitante, visto que esta última é mais comum neste grupo de indivíduos⁴.

Também importante é a avaliação do funcionamento familiar e das relações da criança/adolescente com a família, atendendo à dependência da criança/adolescente em relação aos adultos cuidadores e à necessidade do seu apoio ao longo do processo¹⁵.

Nesta fase deve ser também discutido com o adolescente e a família os diferentes tratamentos existentes e suas limitações, e também alternativas a estes, sendo que isto é necessário para haver consentimento informado. Para além disso, muitas vezes os adolescentes baseiam a sua vontade de se submeterem ao processo de transição em expectativas não realistas, pelo que, ao ser providenciada informação correta, esta pode levar a uma mudança de decisão por parte dos adolescentes⁴.

É de salientar que na intervenção com crianças e adolescentes o primeiro objetivo será ajudá-los a definir a sua identidade de género, devendo a transição de género ser unicamente realizada quando existe uma definição de pertença a determinado género⁴. Desta forma, a psicoterapia pode ser benéfica tanto para indivíduos que ainda não estejam seguros na sua IG como para os que já demonstram uma vontade concreta em prosseguir com a reatribuição de género^{4, 15}.

A terapia individual é geralmente o tratamento de eleição, no entanto a terapia de grupo pode revelar-se benéfica por permitir aos adolescentes a partilha de experiências num contexto mais informal e a existência de apoio entre pares^{15, 16}.

Para os adolescentes que se submetem ao processo de reatribuição de género, a psicoterapia serve como ferramenta de suporte durante todo o processo. Isto de forma a que o adolescente saiba que o principal objetivo de qualquer intervenção é o seu bem-estar e que este tem espaço para explorar quaisquer questões que possam surgir, por exemplo, relativamente a relações entre pares, sexualidade ou fertilidade^{15, 16}.

Transição Social

Para afirmar a identidade de gênero e aliviar a disforia no período pré-pubertário, a transição social é geralmente a primeira medida a tomar. Esta consiste em permitir à criança um comportamento social e um tratamento que vão de acordo com o gênero que se atribui, por exemplo pela escolha de brincadeiras e jogos, roupas ou um nome pela qual gostaria de ser tratada e a utilização de pronomes concordantes. Estas práticas podem circunscrever-se ao ambiente doméstico, ou englobar outros ambientes sociais em que a criança se movimenta¹⁷.

Este é ainda um assunto controverso. Alguns autores defendem prudência ao iniciar a Transição Social na infância, visto que estudos epidemiológicos demonstram uma baixa persistência da DG para além da infância. Steensma et al. observaram que algumas das raparigas, que foram tratadas como rapazes durante toda a infância, experienciaram grande angústia e ansiedade quando quiseram voltar a expressar-se como do gênero feminino. Estes autores alertam para a importância de pais e cuidadores terem em mente a imprevisibilidade do desenvolvimento psicossocial da criança. No mesmo estudo também concluíram que as idades entre os 10 e o 13 anos são relevantes para o desenvolvimento da IG, sendo que neste período fatores como a resposta ao início da puberdade, a mudança de ambiente social e a emergência de sentimentos românticos e/ou sexuais têm grande influência na decisão de progredir ou não com a transição¹⁴.

No entanto, até à data não há evidência clara que a TS, por si só, aumente a probabilidade de uma criança vir mais tarde a requerer transição médica. Embora haja uma aparente correlação entre a realização de TS na infância e persistência de DG, ainda não existe uma explicação/compreensão para a ocorrência de tal¹⁸.

Alguns estudos referem as vantagens da TS. Ao aceitar e encorajar a autoexpressão, o progenitor ou cuidador da criança pode estar a criar o ambiente que esta necessita de forma a desenvolver a sua identidade de gênero e psicossocial de forma segura e tranquila¹⁷. Um estudo publicado em 2016 demonstrou que crianças que eram apoiadas na sua transição demonstravam níveis de depressão e de ansiedade semelhantes aos da população geral, mas com taxas muito menores relativamente a outras crianças com DG que viveram de acordo com o SAN¹⁹.

Assim, pode-se argumentar que a decisão de permitir uma TS não deve basear-se na probabilidade de uma criança desistir ou persistir na identidade de gênero que se atribui, mas sim no alívio da angústia sentida e na promoção da autoaceitação¹⁹.

Transição Médica e Cirúrgica

Após uma avaliação cuidadosa por uma equipa multidisciplinar, pode ser considerado iniciar intervenções médicas e cirúrgicas no sentido da mudança de género do adolescente. Estas dividem-se em três categorias:

1. Intervenções totalmente reversíveis
2. Intervenções parcialmente reversíveis
3. Intervenções irreversíveis⁴

Intervenções Totalmente Reversíveis

Adolescentes a quem foi diagnosticada DG após a avaliação psicológica podem ser elegíveis para tratamento supressor de puberdade. É recomendado que os adolescentes iniciem o tratamento apenas após atingirem um estadio de Tanner 2/3^{4, 20}. Isto porque as alterações corporais que ocorrem até esta fase podem ser reversíveis com o tratamento, e o facto de tanto o adolescente como a família experienciarem este início da puberdade é importante para a tomada de decisão de prosseguir com o tratamento ou não¹⁴. Para além disso, a WPATH recomenda que antes de iniciar o tratamento, sejam cumpridos os seguintes critérios:

1. O adolescente demonstra um padrão de NCG ou DG intenso e de longa duração;
2. Surgimento ou agravamento da DG concomitante com o início da puberdade;
3. Qualquer problema psicológico, médico ou social que possa interferir com o tratamento deve ser discutido e/ou tratado, de forma a que o adolescente esteja numa situação estável o suficiente para iniciar o tratamento;
4. Consentimento informado do adolescente, aplicável a adolescentes com idade superior ou igual a 16 anos. Quando este não tenha ainda atingido a idade mínima para providenciar consentimento, são os pais ou cuidadores legais a consentir e a expressar o seu apoio durante o processo.

O tratamento preferencial para a supressão da puberdade é com análogos da GnRH²⁰. Estes, ao serem libertados de forma contínua, vão dessensibilizar os recetores da GnRH ao nível da glândula pituitária e inibindo a secreção de LH e FSH. Por sua vez, esta diminuição da LH e FSH vai levar a que, ao nível das gónadas, haja uma diminuição na secreção das hormonas sexuais até a um estado fisiológico pré-pubertário. Em alternativa, jovens GMAN podem ser tratados com progestinas, ou com outros fármacos que diminuam a secreção de testosterona e/ou diminuam a sua ação (e.g. espironolactona). Já jovens GFAN, podem receber progestinas, ou então anticoncecionais orais combinados de forma a impedir a menstruação⁴.

Como esta intervenção é completamente reversível, permite aos adolescentes explorarem com tempo a sua não-conformidade de género e outras questões relativas a futuros procedimentos de afirmação de género^{4, 14}. Ao parar o processo de masculinização ou feminização, há muitas das vezes uma diminuição da angústia associada, para além de que o não desenvolvimento das características sexuais secundários pode alterar as intervenções necessárias no futuro¹⁴.

A supressão da puberdade com análogos de GnRH não é um processo inócuo, existindo o risco de efeitos laterais – sendo que alguns serão discutidos mais à frente. Assim, o desenvolvimento do adolescente deve ser monitorizado regularmente, de preferência por um endocrinologista pediátrico, e a sua terapêutica ajustada conforme as necessidades²⁰.

Intervenções Parcialmente Reversíveis

Após uma avaliação cuidada por uma equipa multidisciplinar, que confirma a persistência de DG, o adolescente pode ser elegível para iniciar esta fase do tratamento. Recomenda-se que este seja iniciado apenas a partir dos 16 anos, visto que a partir desta idade a maioria dos adolescentes já possui capacidade mental suficiente para dar o seu consentimento informado^{14, 20}. Este tratamento consiste na utilização de hormonas feminizantes (estradiol) no caso de indivíduos trans femininos, ou masculinizantes (análogos de testosterona) para indivíduos trans masculinos, em doses crescentes²⁰.

As hormonas feminizantes vão levar ao desenvolvimento mamário e a uma distribuição do tecido adiposo de padrão ginoide, enquanto que as hormonas masculinizantes levam a um maior desenvolvimento muscular, à diminuição do timbre da voz, ao crescimento do clitóris e de pelos faciais e corporais²⁰.

Intervenções Irreversíveis

Estas referem-se às intervenções cirúrgicas afirmantes de género, que geralmente constituem o último passo do tratamento da DG. São várias, sendo que para indivíduos trans femininos podem incluir mamoplastia, penectomia, vaginoplastia, vulvoplastia, entre outras. Em indivíduos trans masculinos podem incluir mastectomia, histerectomia e/ou salpingo-ooforectomia, faloplastia, vaginectomia e escrotoplastia⁴.

Recomenda-se que este tipo de intervenções seja feita apenas em indivíduos com idade superior a 18 anos e que já tenham passado pelo processo de transição social, estando a viver no género desejado há pelo menos um ano⁴. Uma exceção será a da realização de mastectomia em

adolescentes trans masculinos, que por vezes descrevem uma DG intensa que leva a uma elevada limitação funcional²¹. Preferencialmente, estes indivíduos já deverão ter experiência em viver no género pretendido e iniciado terapêutica com testosterona há pelo menos 12 meses, de forma ao adolescente ter tempo o suficiente para se ajustar aos novos papéis de género e ponderar na decisão de prosseguir com uma intervenção irreversível⁴.

O uso de supressores de puberdade tem também influência no tipo de cirurgias que virão a ser necessárias, sendo maior a influência quanto mais cedo se iniciar a terapêutica. Por exemplo, um adolescente de GFAN que inicie tratamento com um análogo de GnRH não experienciará desenvolvimento das glândulas mamárias, pelo que no futuro poderá não necessitar de realizar uma mastectomia²². Por outro lado, uma adolescente trans feminina que inicie supressão da puberdade terá o desenvolvimento peniano comprometido, o que pode levar a que não seja possível a realização de vaginoplastia com inversão de tecido peniano, sendo necessário adotar outra técnica, como a utilização de tecido intestinal^{22, 23}.

Consequências Associadas ao Tratamento

Os riscos e benefícios de intervenções afirmantes de género estão bem estudados em adultos. No entanto, há ainda uma escassez de estudos dirigidos à população pediátrica. Até agora foram investigados efeitos ao nível da mineralização óssea e na fertilidade, e também ao nível do desenvolvimento cerebral²⁰.

A densidade mineral óssea é fortemente influenciada pelas hormonas sexuais, tanto de uma forma direta ou indireta, através da massa muscular e de IGF-1, sendo que uma das principais preocupações associada ao uso prolongado de análogos da GnRH é a baixa densidade mineral ao atingir a idade adulta²⁴.

Um estudo publicado em 2016 analisou o efeito da supressão da puberdade em adolescentes transgénero e, mais tarde, do uso de hormonas sexuais na concentração de marcadores de turnover ósseo e na densidade mineral óssea aparente. Durante o tratamento com análogos da GnRH observou-se uma diminuição da concentração de marcadores, demonstrando um menor turnover ósseo, e também uma diminuição dos z-scores da densidade mineral óssea aparente ao nível da coluna lombar, principalmente nas raparigas transgénero. Já após 24 meses de tratamento com hormonas sexuais verificou-se um retorno à normalidade dos valores de densidade mineral óssea aparente, embora a concentração de marcadores continuasse inferior ao normal²⁵.

Outro estudo publicado em 2020 concluiu de forma semelhante que a densidade mineral óssea aparente sofria uma diminuição durante o tratamento com análogos da GnRH, com retorno a valores normais após iniciar terapêutica com hormonas sexuais. Todavia, este estudo também concluiu que, ao contrário dos rapazes transgênero, as raparigas transgênero teriam z-scores relativamente baixos, tanto no início como no final dos 3 anos de tratamento com estrogénios²⁴.

Até à data existe um único estudo de seguimento a longo prazo de uma pessoa que iniciou tratamento ainda na puberdade. O jovem começou o seu tratamento com um análogo da GnRH, Triptorelina, aos 13.7 anos, estando já num estadio de Tanner B3 P3, e a indução da puberdade masculina iniciou-se quando este já teria 18.6 anos. Toda a sua antropometria acabou por ficar dentro dos valores da normalidade para uma pessoa de GFAN, e comparando com indivíduos de GMAN, apenas a sua altura ficou aquém daquilo que seria o expectável para um homem dinamarquês, estando abaixo dos -2 desvios padrão. No entanto, isto poderia ser justificável dada a sua ascendência italiana. Também a sua densidade mineral óssea se manteve dentro dos valores normais, encontrando-se por volta do percentil 50 em comparação com homens caucasianos²⁶. Não obstante, são ainda necessários mais estudos de seguimento a longo prazo e com amostras maiores de forma a consolidar todos estes achados^{24, 26}.

Outro ponto a ter em conta é a preservação da fertilidade. O tratamento com análogos da GnRH em indivíduos em fases iniciais da puberdade pode prejudicar temporariamente a maturação dos ovócitos e a espermatogénese, de uma forma semelhante aos indivíduos com hipogonadismo^{20, 23}. Embora exista a opção de uma interrupção temporária da terapêutica com análogos da GnRH de forma a haver maturação dos gâmetas, esta geralmente não é muito aceite visto que implica o desenvolvimento de características sexuais secundárias, o que pode agravar a disforia²⁰. Para além disso, num estudo realizado entre 2014 e 2016 observou-se que apenas 2 dos 72 adolescentes questionados pretendiam realizar preservação de gâmetas, concluindo que a maioria dos adolescentes prioriza o processo de transição em relação a decisões relativas a fases da vida mais tardias²⁷. Porém, parece ser necessário uma maior investigação relativamente às atitudes que os adolescentes transgênero têm sobre a parentalidade, de forma a elucidar o porquê da tomada destas decisões^{27, 28}.

Relativamente à saúde mental, sabe-se que os indivíduos transgênero e não conformantes de género têm uma maior prevalência que a população geral de distúrbios de ansiedade e suicídio^{29, 30, 31} e do comportamento alimentar³². Isto devido a uma variedade de fatores, como a própria IG, o estigma associado, *bullying* ou falta de apoio familiar²⁹. Até à data existem poucos estudos sobre a influência da supressão da puberdade e o uso de hormonas sexuais na saúde mental e

bem-estar de adolescentes. Um estudo por de Vries et al. teve como objetivo avaliar o funcionamento psicológico e bem-estar subjetivo e objetivo de um grupo de 55 adolescentes transgênero em três fases: antes do início da supressão da puberdade, aquando da introdução de hormonas sexuais e pelo menos um ano após a cirurgia afirmante de género. Estes concluíram que haveria uma melhoria dos parâmetros de funcionamento psicológico e bem-estar com o tempo, principalmente entre a segunda e a terceira fase, com os níveis a igualar-se à população geral após as intervenções cirúrgicas³³.

Já Allen et al. realizaram um estudo longitudinal para determinar os efeitos da terapêutica hormonal no bem-estar e no risco de suicídio. Estes avaliaram 47 adolescentes em dois momentos, antes de iniciar tratamento e pelo menos 3 meses após o início do tratamento, concluindo que haveria uma significativa melhoria no bem-estar e uma diminuição no risco de suicídio, sendo este último mais pronunciado no grupo que teria iniciado terapêutica supressora da puberdade previamente ao início do tratamento com hormonas sexuais³⁴.

Conclusão

Graças à diminuição do estigma, existem cada vez mais crianças e adolescentes à procura de tratamento especializado para a Disforia de Género. Tem se verificado também um aumento do conhecimento médico, com o aparecimento de novas terminologias e modalidades de tratamento. Atualmente preconiza-se que o tratamento afirmante de género esteja dividido em diferentes passos, cada um com a sua janela temporal, de forma a que tanto ao adolescente como a família possam experienciar em pleno cada fase.

Contudo, ainda existem muitas questões a esclarecer. Até ao momento há ainda um escasso conhecimento sobre os efeitos das terapêuticas com análogos de GnRH ou hormonas sexuais nesta faixa etária, em comparação com a população adulta. Sabe-se que o tratamento afirmante de género leva a uma melhoria da saúde e bem-estar mental, porém são necessários mais estudos, com amostras maiores, para entender melhor os efeitos a longo prazo destas terapêuticas no que toca ao metabolismo, crescimento e desenvolvimento neurocognitivo, de forma a ponderar os riscos e benefícios e providenciar o melhor tratamento a estas crianças e adolescentes com DG.

Referências

1. American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association - DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.
2. Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (E. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner, Eds). *Gender development, Handbook of Child Psychology: Vol. 3, Social, Emotional, and Personality Development.*; 6th Ed. Jogn Wiley & Sons Inc; 2006.
3. Ristori, J., & Steensma, T. D.. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1): 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
4. The World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7th Ed.
5. Twist, J., & de Graaf, N. M.. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom’s National Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2019;24(2), 277–290.
6. Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T.. *Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(12): 1413–1423. doi:10.1097/chi.0b013e31818956b
7. Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J.. *A follow-up study of girls with gender identity disorder*. *Developmental Psychology*. 2008; 44(1): 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
8. Prata, A. T., Araújo, C., Cordovil, C., et al. *Recomendações sobre abordagem da diversidade de gênero em crianças e adolescentes*. Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/recomendacoes-sobre-abordagem-da-diversidade-de-genero-em-criancas-e-adolescentes/>
9. Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaidis, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. In *Hormones*. 2020; 19(3): 267–276. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00174-1>
10. Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12(3): 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
11. Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
12. Kaltiala-Heino, R., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N.. Gender dysphoria in adolescent population: A 5-year replication study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2019; 24(2), 379–387. <https://doi.org/10.1177/1359104519838593>
13. Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., et al. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. In *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2013; 39(1): 1–6. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022>
14. Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., et al.. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
15. Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., & de Vries, A. L. C.. Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2011; 20(4): 689–700. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001>
16. Vries, A., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A.. *Caring for Transgender Adolescents in BC: Suggested Guidelines Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents*. Vancouver Coastal Health. 2006
17. Giordano, S.. Importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? In *Journal of Medical Ethics*. 2019; 45(10): 654–661 <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105428>

18. Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., et al.. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 52(6): 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
19. Olson, K. R., Durwood, L., Demeules, M., et al. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*. 2016; 137(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
20. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2017; 102(11): 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
21. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., et al. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. In *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. 2019; 7(6): 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
22. van de Grift, T. C., van Gelder, Z. J., Mullender, M. G., et al. Timing of Puberty Suppression and Surgical Options for Transgender Youth. *Pediatrics*. 2020; 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
23. Panagiotakopoulos, L., Chulani, V., Koyama, A., et al. The effect of early puberty suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. In *Nature Reviews Urology*. 2020; 17(11): 626–636. <https://doi.org/10.1038/s41585-020-0372-2>
24. Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., et al. Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2020; 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
25. Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., et al. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*. 2017; 95: 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
26. Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., et al. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*. 2011; 40(4): 843–847. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>
27. Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., et al. Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 61(1): 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
28. Harris, R. M., Kolaitis, I. N., & Frader, J. E.. Ethical issues involving fertility preservation for transgender youth. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2020; 37: 2453–2462. <https://doi.org/10.1007/s10815-020-01873-9> Published
29. de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., et al. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2011; 52(11): 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
30. Olson, J., Schrager, S. M., Belzer, M., et al. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 57(4): 374–380. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
31. Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020; 141(6): 486–491. <https://doi.org/10.1111/acps.13164>
32. Guss, C. E., Williams, D. N., Reisner, S. L., et al. (2017). Disordered Weight Management Behaviors, Nonprescription Steroid Use, and Weight Perception in Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 60(1): 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027>
33. de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014; 134(4): 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

34. Allen, L. R., Watson, L. B., et al. Well-Being and Suicidality Among Transgender Youth After Gender-Affirming Hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2019; 7(3): 302–311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>

IN
ST
IT
U
T
O
D
E
C
IÊ
N
C
I
A
S
B
I
O
M
É
D
I
C
A
S
A

