

Disforia de Género: Conceitos, Diagnóstico e Abordagem Clínica

Gender Dysphoria: Concepts, Diagnosis and Clinical Management

Carolina ALVES RODRIGUES¹, Miriam MARGULHO², Bárbara FERREIRA¹, Sandra NASCIMENTO¹, Miguel NASCIMENTO¹, Sónia CARDOSO¹, Mariana SILVA², Ana Cristina PABLO¹, Catarina SOARES¹, Carlos FERNANDES¹, Marco GONÇALVES¹
Acta Med Port 2024 May;37(5):379-385 • <https://doi.org/10.20344/amp.21057>

RESUMO

A disforia de género é definida como uma condição em que existe sofrimento mental associado à incongruência entre o género experienciado pela pessoa e o sexo que lhe foi atribuído à nascença. O género como conceito e a disforia de género como condição com necessidade de intervenção multidisciplinar têm evoluído tão rapidamente quanto a sua visibilidade na sociedade, tornando premente a necessidade de promover a literacia e a formação de todos os profissionais de saúde nesta área. Este artigo de revisão pretende contribuir para o esclarecimento informado e baseado em evidência científica acerca das pessoas com disforia de género e sua abordagem clínica, contribuindo para uma prática segura, inclusiva e livre de discriminação no que concerne aos seus cuidados de saúde.

Palavras-chave: Disforia de género/diagnóstico; Disforia de género/tratamento

ABSTRACT

Gender dysphoria is defined as a condition characterized by mental suffering associated with the incongruence between one's experienced gender and their birth-assigned sex. Gender as a construct and gender dysphoria as a condition in need of multidisciplinary intervention have developed as swiftly as their visibility in society, making it mandatory to promote the literacy and education of all healthcare professionals in this area. This article aims to review information based on scientific evidence on people with gender dysphoria and its clinical approach, while contributing to a safe, inclusive, and non-discriminatory practice of healthcare.

Keywords: Gender Dysphoria/diagnosis; Gender Dysphoria/therapy

INTRODUÇÃO

A palavra 'género', com origem no francês *gendre* (atualmente *genre*), significa "tipo, categoria, divisão".¹ De uma forma geral, assume-se que o género corresponde ao sexo, mas isso nem sempre se verifica. Existem pessoas que desde fases precoces ou em fases posteriores da sua vida, sentem uma discordância entre o sexo que lhes foi atribuído à nascença e a sua identidade de género. Esta discordância, associada a sofrimento mental, poderá corresponder ao diagnóstico de disforia de género (DG).^{2,3}

Este artigo pretende fazer uma breve nota histórica sobre a evolução da definição de género, um esclarecimento da terminologia atual e restantes conceitos essenciais no âmbito da prática da sexologia clínica. Após a análise dos dados epidemiológicos referentes à prevalência atual da DG e dos sintomas tipicamente associados a esta condição, terminaremos com a abordagem das mais recentes recomendações no que concerne o diagnóstico e intervenção na DG. Alertamos que esta leitura não dispensa, contudo, a consulta de bibliografia especializada para um conhecimento mais aprofundado da matéria.

NOTA HISTÓRICA EM SEXOLOGIA

O termo 'género' foi usado pela primeira vez em Sexologia pelo psicólogo John Money, em 1955, na sua obra "*Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadreno-*

corticism: psychologic".⁴ O conceito foi, assim, difundido, acabando por ser adotado pelas escolas feministas como forma de distinguir o socialmente construído do definido biologicamente.

O termo 'transexualidade', cunhado por Magnus Hirschfeld em 1923,⁵ surgiu pela primeira vez na 9.ª edição da "Classificação Internacional de Doenças" em 1975 (CID-9)⁶ e, de seguida, na 3.ª edição do "Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais" (DSM III)⁷, em 1980. Quase duas décadas depois, o termo foi substituído pelo diagnóstico de perturbação de identidade de género (DSM IV).⁸ Já em 2013, aquando da publicação do DSM-5, e apesar de cumprir os mesmos critérios, a denominação da condição passa a DG, mantendo-se sobretudo o foco no sofrimento relacionado com a discordância entre o género experienciado e o sexo atribuído à nascença.⁹ Esta alteração teve como principal objetivo frisar que o diagnóstico se deve focar na disforia em si, e não na identidade de género da pessoa. Esta última não representa uma doença e não carece de qualquer tipo de intervenção, sendo definida apenas pelo próprio e de acordo com a sua autodeterminação.

Nos anos 40, Henry Benjamin foi pioneiro no acompanhamento de pessoas com discordância entre o sexo atribuído à nascença e o sentimento de pertença a uma

1. Consulta de Sexologia. Hospital Júlio de Matos. Unidade Local de Saúde São José. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Psiquiatria de Ligação. Hospital São José. Unidade Local de Saúde São José. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Miriam Marguilho. miriamgmarguilho@campus.ul.pt

Recebido/Received: 04/12/2023 - Aceite/Accepted: 04/03/2024 - Publicado Online/Published Online: 03/04/2024 - Publicado/Published: 02/05/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



identidade de género.¹⁰ A partir do seu trabalho nasceu a Associação Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin,¹¹ atualmente denominada Associação Mundial de Profissionais de Saúde Transgénero [World Professional Association for Transgender Health (WPATH)], que continua a ser a associação de referência mundial na área, publicando periodicamente as suas normas de intervenção nesta população. Em 2022 foi publicada a 8.ª edição,¹² consultável no *site* da associação.

A permanência da DG nos manuais de doença mental continua a ser controversa. A discussão desenvolve-se à volta de que o uso do diagnóstico perpetua ideia de que a identidade dita transgénero é uma perturbação mental e dos que apoiam a permanência do diagnóstico como forma de facilitar o acesso aos cuidados de saúde necessários e o aprofundar da investigação e de tratamentos eficazes.^{13,14}

Na sua última versão, a CID-11¹⁵ substituiu o diagnóstico de 'transexualidade' por 'incongruência de género'

Tabela 1 – Glossário^{12,16-18}

Sexo atribuído à nascença	Refere-se à identificação da pessoa como masculina, feminina ou intersexo, com base em características físicas. O sexo atribuído à nascença é frequentemente baseado na aparência dos genitais externos.
Género	Dependendo do contexto, o género pode ser uma referência à identidade de género, expressão de género e/ou ao papel de género, incluindo as expectativas culturalmente associadas a pessoas a quem foi atribuído o sexo feminino ou masculino à nascença. Para além de mulher e homem (que podem ser cisgénero ou transgénero), existem identidades transgénero, não-binárias, <i>queer</i> , agénero, com fluidez de género; muitos outros géneros são reconhecidos em todo o mundo.
Cisgénero	Refere-se a pessoas cuja identidade de género corresponde ao que lhes foi atribuído à nascença.
Transgénero	Descreve pessoas cujas identidades de género e/ou expressões de género não são congruentes com as tipicamente expectáveis consoante o género que lhes foi atribuído à nascença.
Intersexo	Refere-se a pessoas que nascem com características sexuais ou reprodutivas que não encaixam nas definições binárias de feminino ou de masculino.
Não-binário	Refere-se a identidades de género que se posicionam fora do binário de género clássico. Pessoas não-binárias podem identificar-se como parcialmente homem ou parcialmente mulher; identificar-se por vezes como mulher e outras vezes como homem; identificar-se com um género diferente de homem ou mulher; ou como não tendo qualquer género.
Identidade de género	Refere-se ao significado profundo, interno e intrínseco do género da própria pessoa.
Expressão de género	Refere-se à forma como a pessoa age ou expressa o seu género no dia a dia e dentro do contexto da sua cultura e sociedade. A expressão de género através da aparência física pode incluir vestuário, penteado, acessórios, cosméticos, intervenções hormonais e cirúrgicas, bem como maneirismos, discurso, padrões comportamentais e nomes. A expressão de género de uma pessoa pode ou não ser congruente com a sua identidade de género.
Papéis de género	Construções específicas de uma cultura e sociedade, definidos pelas características femininas e masculinas que a sociedade atribui a mulheres e a homens.
Não conformidade de género	Descreve um indivíduo cuja identidade, papéis ou expressão de género não são típicos para indivíduos a quem foi atribuído determinado género à nascença.
Disforia	Estado emocional desorganizado e complexo caracterizado por um conjunto de sintomas, entre eles a irritabilidade, descontentamento e ressentimento interpessoal.
Disforia de género	Descreve um estado de sofrimento ou desconforto que surge quando a identidade de género da pessoa difere do que é fisicamente ou socialmente associado ao género que lhe foi atribuído à nascença. É também um termo diagnóstico presente no DSM-5, denotando a incongruência entre o género atribuído à nascença e o género vivenciado pela pessoa, quando esta é acompanhada de sofrimento. Nem todas as pessoas transgénero nem com diversidade de género sofrem de disforia de género.
Orientação sexual	Refere-se à identidade sexual, atrações e comportamentos da pessoa em relação a outros, com base no seu género ou características sexuais e nos dos seus parceiros. A orientação sexual e a identidade de género são termos distintos e independentes.
Transfobia	Refere-se a atitudes, crenças e ações negativas relacionadas com a população transgénero e com diversidade de género como um grupo. A transfobia pode manifestar-se através de políticas e práticas discriminatórias a nível estrutural ou a níveis específicos e pessoais. A transfobia pode ser internalizada, quando pessoas transgénero ou com diversidade de género aceitam e refletem tais preconceitos sobre si próprias ou outras pessoas transgénero ou com diversidade de género. Podendo ser resultado de ignorância não intencional, os seus efeitos nunca são benignos.

(IG), transferindo-o do capítulo das doenças mentais e comportamentais para o capítulo das condições relacionadas com a saúde sexual, afastando-o assim do crivo da perturbação mental.

A diversidade na identidade de género e a sua expressão ao longo da vida, que não estão estereotipicamente associadas ao sexo atribuído à nascença, são um fenómeno humano culturalmente diverso, mutável e comum, que não deve ser visto como negativo ou patológico.

TERMINOLOGIA

Importa definir e clarificar alguns conceitos básicos relacionados com esta temática e que vão sendo referidos ao longo do artigo. Alertamos que a Tabela 1 não é exaustiva, pois não engloba toda a diversidade de identidades autode-terminadas.

EPIDEMIOLOGIA¹⁹

Segundo um estudo levado a cabo em 2017,¹⁹ a

prevalência da DG situa-se entre 0,5% e 1,3% entre crianças, adolescentes e adultos. Estes números podem variar de acordo com a tipologia de estudos e com a região geográfica, com taxas mais elevadas na Europa Ocidental e América e inferiores em países como o Japão. Segundo a DSM-5,⁹ a prevalência de DG em indivíduos adultos do sexo masculino varia entre 0,005% e 0,014% e entre 0,002% e 0,003% em adultos do sexo feminino.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A WPATH recomenda que o diagnóstico seja estabelecido por um profissional de saúde mental com formação específica e experiência prática com pessoas com diversidade de género que necessitem do acesso a intervenções afirmativas de género, médicas ou cirúrgicas, no sentido de diminuir o sofrimento associado.¹² O diagnóstico de DG implica a presença dos critérios de diagnóstico das classificações DSM-5⁹ ou CID-11 (incongruência de género)¹⁵ – ver Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Critérios de diagnóstico de disforia de género segundo o DSM-5⁹

<p>A. Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e o género atribuído, com uma duração de pelo menos seis meses, manifestada por pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias esperadas). 2. Um forte desejo de se libertar das suas características sexuais primárias e/ou secundárias devido a uma marcada incongruência entre o género experienciado/expresso (ou, em jovens adolescentes, a um desejo de prevenir o desenvolvimento das características sexuais secundárias esperadas). 3. Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género. 4. Um forte desejo de ser do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído). 5. Um forte desejo de ser tratado como se fosse do outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído). 6. Uma forte convicção de que tem os sentimentos e reações típicos de outro género (ou de algum género alternativo diferente do género atribuído). <p>B. A condição associa-se a mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.</p>
--

Tabela 3 – Critérios de diagnóstico de incongruência de género segundo o CID-11¹⁵

<p>Incongruência de género na adolescência ou adultícia</p> <p>É caracterizada pela incongruência marcada e persistente entre o género experienciado de um indivíduo e o sexo que lhe foi atribuído, a qual envolve muitas vezes o desejo de ‘transitar’, no sentido de viver e de ser aceite como uma pessoa do género experienciado, através de tratamento hormonal, cirúrgico ou outros serviços de saúde, com o objetivo de alinhar o corpo do indivíduo, tanto quanto desejado e dentro dos possíveis, com o género experienciado.</p> <p>O diagnóstico não pode ser atribuído previamente ao início da puberdade.</p> <p>A presença singular de comportamentos e preferências de não conformidade de género não são critérios para o diagnóstico.</p>
<p>Incongruência de género na infância</p> <p>É caracterizada pela incongruência marcada entre o género experienciado/expresso e o sexo atribuído na criança pré-púbere. Inclui um forte desejo de ser de um género diferente do sexo que lhe foi atribuído; uma forte rejeição da sua própria anatomia sexual ou características sexuais secundárias antecipadas e/ou um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias antecipadas do outro género; e brincadeiras de faz de conta, brinquedos, jogos ou atividades que são típicas do género experienciado.</p> <p>A incongruência de género deve persistir por pelo menos dois anos.</p> <p>A presença singular de comportamentos e preferências de não conformidade de género não são critérios para o diagnóstico.</p>

CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO

As pessoas com DG apresentam uma marcada discordância entre o sexo que lhes foi atribuído à nascença e a sua identidade de género. No entanto, para o estabelecimento do diagnóstico é fundamental haver evidência de mal-estar relativamente a esta discordância, a maior parte das vezes manifestado por um elevado desconforto com o seu sexo biológico, nomeadamente a presença das características sexuais primárias ou secundárias, ou papéis sociais de género.

Em 2020 foi realizada uma revisão sistemática²⁰ que teve como objetivo a síntese da literatura qualitativa existente relativamente à fenomenologia da DG em adultos. Foram identificadas quatro dimensões do sofrimento: 1) relativo à discordância entre o sexo atribuído e o género vivenciado; 2) interação entre o género atribuído, a identidade de género e a sociedade; 3) consequências negativas da identidade de género e 4) processamento interno da rejeição e transfobia.

SOFRIMENTO RELATIVO À DISCORDÂNCIA ENTRE O GÉNERO ATRIBUÍDO E O GÉNERO VIVENCIADO

Refere-se à vivência de sentimentos negativos relacionados com a discordância entre a identidade de género do próprio e o seu corpo, gerando conflito interno, confusão e sentimentos de negação relacionados com a sua identidade de género, disforia direcionada a determinadas características corporais da pessoa e sentimentos de desconexão.^{21,22}

A disforia é descrita como sentimentos de inquietação, ódio e repulsa pelo próprio corpo, sendo os genitais e as características sexuais secundárias tais como a presença/ausência do pelo facial e corporal geralmente o foco, com várias tentativas de supressão dos mesmos.^{20,23} O sofrimento também pode estar associado ao medo do futuro, e este à sensação de impotência e de perda do controlo, e ansiedade relativa à tomada de decisões de vida importantes relacionadas com a sua identidade e afirmação de género.²⁴ Estas circunstâncias podem estar associadas à elevada prevalência de psicopatologia em pessoas com DG, incluindo depressão e comportamentos suicidas.²⁵⁻²⁸

INTERAÇÃO ENTRE O GÉNERO ATRIBUÍDO, A IDENTIDADE DE GÉNERO E A SOCIEDADE

Esta dimensão reconhece a natureza social da identidade de género. Algumas normas e expectativas históricas e culturais são atribuídas a um determinado comportamento e expressão desse mesmo género, cuja interpretação social leva à assunção da identidade de género mais provável da pessoa.²⁰ No entanto, são dimensões distintas e independentes. Quando são assumidas de forma automática, com base em normas e expectativas, podem levar à vivência de

um sofrimento profundo, pelo medo associado a uma interpretação errada sobre a identidade de género da pessoa.²⁹ Desta forma, a interação social é muitas vezes identificada como um fator precipitante de disforia, pela expectativa de rejeição associada à sua identidade de género.²⁰

CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DA IDENTIDADE DE GÉNERO

Os indivíduos com disforia de género sentem-se muitas vezes isolados da sociedade e das suas comunidades, havendo referência a uma dificuldade na aceitação de pessoas que não se conformam com as tradicionais normas de género. É reportada uma diminuição do sentido de pertença à comunidade, invisibilidade, falta de validação e solidão.³⁰

PROCESSAMENTO INTERNO DA REJEIÇÃO E TRANSFOBIA

A experiência da rejeição cria um estado de hipervigilância pelo receio de ser vítima de discriminação ou violência, que o próprio relaciona com o facto de ser transgénero, estando associado ao aumento da perceção do perigo e ao medo compreensível de sair da sua própria casa.³¹ Estes receios expõem os indivíduos a elevados níveis de ansiedade e ativação psicológica.²⁰ Paralelamente, as narrativas externas e negativas acerca das pessoas transgénero podem levar ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e desencadear aquilo que é definido como a transfobia internalizada.³² A consciência deste estigma social associado à sua identidade de género, quando internalizado pelo próprio, pode levar à vivência de sentimentos de ódio, confusão e vergonha.^{20,32}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico de DG em adultos é facilitado quando as primeiras manifestações da disforia surgem durante a infância, com exacerbação do sofrimento após as mudanças da puberdade e persistência do mesmo durante a vida adulta.

O profissional de saúde mental deve definir um plano de avaliação, seguimento e cuidados adaptados e ritmados de acordo com as necessidades do próprio. As pessoas com quadros clínicos agudos comórbidos devem ter a assistência devida, com restabelecimento da sua capacidade de autodeterminação e tomada de decisão em relação aos cuidados clínicos desejados, caso estas tenham sido perturbadas. Nas pessoas com um quadro claro e definido de DG é antiético e contra os direitos humanos, incluindo de saúde, adiar as intervenções indicadas.

A Tabela 4 inclui um resumo dos principais diagnósticos diferenciais aquando da avaliação de uma pessoa com história de DG.

mas.^{33,41} Previamente ao início de intervenções médicas é fundamental abordar o tema da fertilidade e preservação de gâmetas, pelo efeito potencialmente irreversível na fertilidade.^{12,42}

A intervenção hormonal consiste na administração segura e eficaz de hormonas como a testosterona, no caso da terapêutica de afirmação de género masculinizante, ou estrogénio e anti androgénios – ciproterona, espironolactona e agonistas da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) –, no caso da terapêutica de afirmação de género feminizante. O objetivo será a supressão da secreção de hormonas sexuais determinadas ao nascimento, que se manifestam a partir da puberdade e induzem os níveis hormonais adequados ao sexo pretendido.⁴² As mudanças induzidas de feminização ou masculinização do corpo são necessárias e desejadas por muitas pessoas (mas não todas) com DG para o alívio da disforia decorrente da discordância entre determinadas características corporais e a identidade de género.^{12,42} Num estudo prospetivo, Heylens *et al* demonstraram que após o início de terapia hormonal, o nível de sofrimento psicológico, medido através da escala *Symptom Checklist 90* (SCL-90), era equivalente ao grupo de controlo da população geral.⁴²

As intervenções cirúrgicas afirmativas de género englobam uma variedade de procedimentos que têm como objetivo modificar aspetos corporais de forma a torná-los congruentes com a identidade de género. A título de exemplo: cirurgia mamária (aumento ou redução), cirurgia maxilo-facial, cirurgia ao aparelho vocal e cirurgia génito-urinária.¹² Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura a realização de cirurgia genital de afirmação de género na Unidade Reconstructiva Génito-Urinária e Sexual (URGUS) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, desde novembro de 2011; e no Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), desde dezembro de 2022 (dados fornecidos pela assessoria de comunicação do gabinete do Ministro da Saúde). O Centro Hospitalar Lisboa Central iniciou a realização de cirurgia mamária de afirmação de género em novembro de 2023.

CONCLUSÃO

O debate à volta do género continuará a evoluir, assim como a terminologia e as necessidades das pessoas que

procuram cuidados médicos por questões ligadas ao género. O género é, cada vez mais, conceptualizado à luz da diversidade e não dos binómios feminino-masculino e mulher/homem, até então prevalentes, revestindo de especial complexidade a avaliação e interpretação da informação nesta área, que caminha no sentido da despatologização da não-conformidade/incongruência de género. Ainda assim, o diagnóstico de DG continua presente nas classificações diagnósticas, tendo evoluído para IG na versão mais recente da CID – a CID-11. Assim, este artigo pretende alertar para a importância de conhecer os principais termos presentes na literatura científica, de fazer um diagnóstico correto, nos casos em que esteja presente sofrimento – aplicando os critérios atuais de DG ou de IG –, e encaminhar para cuidados afirmativos de género, quando essa for a vontade da pessoa. É importante reforçar ainda que cada percurso é individual e autodeterminado, não existindo etapas expectáveis ou obrigatórias durante o processo de afirmação de género. O papel do clínico é, assim, comunicar de forma empática, informada e inclusiva, identificar as necessidades individuais da pessoa e oferecer cuidados médicos adequados ou encaminhar para equipas especializadas e multidisciplinares. O impacto do acesso atempado a cuidados de saúde afirmativos de género é bem conhecido, reduzindo de forma significativa os níveis de sofrimento psicológico e melhorando a qualidade de vida.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

CAR, MG, SC, MGS: Redação e revisão crítica do manuscrito.

BF, SN, MN, ACP, CS, CF, MG: Revisão crítica do manuscrito.

Os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Appendix I: Indo-European roots. The American Heritage Dictionary of the English Language. 4th ed. Boston: Houghton Mifflin Company; 2000.
2. Crocq MA. How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2021;1:44-51.
3. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *Int Rev Psychiatry*. 2015;1369-627.
4. Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bull John Hopkins Hosp*. 1955;96:253-64.
5. Drescher J. Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in care and knowledge. Chapter 7. Gender identity diagnoses: history and controversies. New York: Springer Science; 2013.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 9th ed. Geneva: WHO; 1977.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington: APA; 1980.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical classification of diseases and related health problems. 4th ed. Washington: APA; 1994.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical classification

- of diseases and related health problems. 5th ed. Washington: APA; 2013.
10. Schaefer LC, Wheeler CW. Harry Benjamin's first ten cases (1938-1953): a clinical historical note. *Arch Sex Behav.* 1995;24:73-93.
 11. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualismo: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res.* 1999;46:315-33.
 12. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries AL, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *Int. J Transgend Health.* 2022;23:S1-259.
 13. Drescher J. Controversies in gender diagnoses. *LGBT Health.* 2014;1:10-4.
 14. Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual (DSM). *Arch Sex Behav.* 2010;39:427-60.
 15. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. Geneva: WHO; 2019.
 16. Bem SL. Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychol Rev.* 1981;88:354-64.
 17. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Curr Opin Pediatr.* 2015;26:421-6.
 18. Moretti P, Bchetti MC, Sciarra T, Tortorella A. Dysphoria as a psychiatric syndrome: a preliminary study for a new transnosographic dimensional approach. *Psichiatri Danub.* 2018;30:582-7.
 19. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health.* 2017;14:404-11.
 20. Cooper K, Russell A, Mandy W, Butler C. The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. *Clin Psychol Rev.* 2020;80:101875.
 21. Goodrich KM. Lived experiences of college-age transsexual individuals. *J Coll Couns.* 2012;15:215-32.
 22. Mullen G, Moane G. A qualitative exploration of transgender identity affirmation at the personal, interpersonal, and sociocultural level. *Int J Transgend.* 2013;14:140-54.
 23. Giovanardi G, Morales P, Mirabella M, Fortunato A, Chianura L, Speranza AM, et al. Transition memories: experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. *J Endocrinol Invest.* 2019;1-10.
 24. Applegarth G, Nuttal J. The lived experience of transgender people of talking therapies. *Int J Transgend.* 2016;17:66-72.
 25. Baams L, Beek T, Hille H, Zevenbergen FC, Bos HM. Gender nonconformity, perceived stigmatization, and psychological well-being in Dutch sexual minority youth and young adults. A mediation analysis. *Arch Sex Behav.* 2013;42:765-73.
 26. Bockting W, Miner MH, Romine R, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health.* 2013;103:943-51.
 27. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CL. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health.* 2016;59:489-95.
 28. Puckett JA, Maroney MR, Wadsworth LP, Mustanki B, Newcomb ME. Coping and discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *J Clin Psychol.* 2019;76:176-94.
 29. Rood BA, Maroney MR, Puckett JA, Berman AK, Reisner SL, Pantalone DW. Identity concealment in transgender adults: a qualitative assessment of minority stress and gender affirmation. *Am J Orthopsychiat.* 2017;18:704-13.
 30. Smith AJ, Hallum-Montes R, Nevin K, Zenker R, Sutherland B, Reagor S, et al. Determinants of transgender individuals' well-being, mental health and suicidality in a rural state. *Rural Ment Health.* 2018;42:116-32.
 31. Rood BA, Reisner SL, Surace FI, Puckett JA, Maroney MR, Pantalone DW. Expecting rejection: understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgend Health.* 2016;1:151-64.
 32. Scandurra C, Vitelli R, Maldonato NM, Valerio P, Bochicchio V. A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies.* 2019;28:61-71.
 33. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, Meyer-Bahlburg HF, et al. Gender dysphoria in adults: an overview and primer for psychiatrists. *Transgend Health.* 2018;3:57-A3.
 34. Walter PB, Amets SS, Joz M, Adam S, Joshua DS, Madeline BD, et al. Language and trans health. *Int J Transgend.* 2017;18:1-6.
 35. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e barreiras ao acesso ao serviço nacional de saúde percecionados por pessoas trans. *Rev Port Psiquiatria Saúde Mental.* 2020;6:98-108.
 36. Rothblum ED. *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health.* Oxford: Oxford University Press; 2020.
 37. Portugal. Decreto-Lei n.º38/2018. *Diário da República, I Série, n.º 151 (2018/08/07).* p.3922-4.
 38. Lew-Starowicz, M, Giraldi A, Krüger TH. *Psychiatry and sexual medicine: a comprehensive guide for clinical practitioners.* Hannover: Springer International Publishing; 2021.
 39. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol.* 2010;72:214-31.
 40. Dhejne C, Van VR, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28:44-57.
 41. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3869-903.
 42. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, Cuypere G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with agender identity disorder. *J Sex Med.* 2014;11:19-26.
 43. Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa Conjunta. URGUS – Unidade do SNS para o acompanhamento de utentes no processo de reatribuição sexual. Lisboa: DGS; 2017.