ORDEM
DOS MÉDICOS

Parecer técnico-científico da Ordem dos Médicos relativo a iniciativas legislativas sobre o regime jurídico da identidade de género e intervenções clínicas associadas

Objeto

O presente parecer técnico-científico é emitido pela da Ordem dos Médicos, no exercício das suas atribuições técnico-consultivas, incidindo sobre iniciativas legislativas apresentadas na Assembleia da República que propõem alterações ao regime jurídico da identidade de género, designadamente através da revogação da Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, da repristinação da Lei n.º 7/2011, de 15 de março, ou da introdução de restrições ao acesso a intervenções médicas em menores.

A análise incide essencialmente sobre:

- a coerência científica das premissas invocadas;
- a conformidade das soluções propostas com as leges artis médicas;
- a compatibilidade com princípios ético-deontológicos;
- a articulação entre reconhecimento jurídico da identidade de género e prática clínica.

Foram auscultados os Colégios da Competência de Sexologia, Endocrinologia e Nutrição, Pediatria, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Subespecialidade de Psiquiatria Forense, Urologia e o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica.

Enquadramento científico e distinção concetual da terminologia

Para a adequada apreciação técnico-científica das iniciativas legislativas em causa, é fundamental que o debate público e parlamentar assente em terminologia rigorosa e em conceptualizações alinhadas com o conhecimento científico atual. Neste contexto, importa distinguir claramente entre identidade de género, incongruência de género e disforia de género - conceitos distintos do ponto de vista científico e clínico, com enquadramentos específicos nas classificações internacionais e entidades de reconhecimento internacional em termos dos Direitos Humanos.

Importa igualmente clarificar que a identidade de género não constitui uma ideologia nem uma patologia mental, conforme estabelecido pelas classificações internacionais de doença.

A ausência destas distinções, bem como a utilização indevida de conceitos clínicos ou a sua substituição por enquadramentos ideológicos, patente em diversas formulações das propostas em análise, conduz a interpretações imprecisas, à sobreposição indevida de categorias clínicas e não clínicas e a conclusões que não refletem adequadamente a realidade da prática médica nem o estado atual da evidência científica.

A **identidade de género** constitui uma dimensão da identidade pessoal, integrando a experiência subjetiva e sentimento do indivíduo relativamente à pertença a determinado género (masculina, feminina, não-binária). A identidade de género per se não é considerada uma patologia.

A **incongruência de género** é definida pela discordância marcada e persistente entre o género experienciado/identificado por uma pessoa e o sexo atribuído à nascença, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde. Esta condição foi retirada do capítulo das perturbações mentais, integrando-a no capítulo das condições relacionadas com a saúde sexual, reconhecendo que a diversidade das identidades de género faz parte da variação humana e não constitui, em si mesma, uma perturbação mental.[1]

A **disforia de género** é uma condição clínica caracterizada pelo sofrimento clinicamente significativo que pode estar associado à incongruência entre género experienciado e sexo atribuído à nascença, segundo a DSM-5-TR da American Psychiatric Association, podendo justificar avaliação e acompanhamento especializado.[2]

Importa também distinguir entre **sexo biológico** e **sexo atribuído** à nascença, conceitos frequentemente utilizados de forma indistinta, mas com significados distintos no plano clínico. O **sexo biológico** refere-se ao conjunto de características biológicas de um indivíduo, incluindo componentes cromossómicas, gonadais, hormonais e anatómicas, que podem apresentar variações naturais. O **sexo atribuído à nascença** corresponde à classificação registada no momento do nascimento, habitualmente baseada na observação dos genitais externos. Esta atribuição constitui uma simplificação administrativa de uma realidade biológica mais complexa, podendo não refletir integralmente a diversidade das características sexuais nem a identidade de género da pessoa ao longo do desenvolvimento.

Do ponto de vista clínico, o **sexo** pode ser caracterizado através de múltiplas dimensões inter-relacionadas, incluindo:

- **sexo cromossómico (**por exemplo, XX, XY ou variações),
- **sexo gonadal** (presença de ovários, testículos ou outras variações),
- **sexo hormonal** (perfil de produção e ação hormonal),
- **sexo anatómico ou fenotípico** (características sexuais internas e externas).

Estas dimensões nem sempre são totalmente concordantes, o que explica a existência de variações intersexo e reforça a necessidade de uma abordagem clínica individualizada e baseada na complexidade biológica do sexo humano.

O termo **intersexo** refere-se a um conjunto de variações das características sexuais em que o desenvolvimento biológico do sexo não se enquadra nas definições típicas de masculino ou feminino. Estas variações podem envolver diferenças ao nível cromossómico, gonadal, hormonal ou anatómico, estando frequentemente agrupadas sob a designação médica de variações do desenvolvimento sexual (Differences/Disorders of Sex Development – DSD). Trata-se de uma realidade biológica reconhecida, ainda que relativamente pouco frequente, e que evidencia a complexidade do desenvolvimento sexual humano.[3]

Distinção entre reconhecimento jurídico e ato médico

A exigência de diagnóstico médico como condição para reconhecimento civil introduz uma medicalização da identidade que não decorre de exigência clínica.

O reconhecimento jurídico da identidade de género:

- não configura ato médico;
- não corresponde a intervenção terapêutica;
- não implica prescrição farmacológica ou realização de procedimentos clínicos.

As classificações diagnósticas internacionais e as diretrizes clínicas referem-se ao diagnóstico e acompanhamento de situações clínicas de incongruência de género, não regulando procedimentos administrativos de reconhecimento jurídico da identidade de género da pessoa.

A eventual exigência de relatório clínico para efeitos de registo civil constitui uma opção de política legislativa e administrativa, não uma exigência médica decorrente do estado atual do conhecimento científico.

Interpretação do artigo 79.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Algumas iniciativas legislativas invocam o artigo 79.º, n.º 1, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Regulamento n.º 707/2016), segundo o qual o diagnóstico de disforia de género e o seu acompanhamento devem seguir as leges artis e ter caráter multidisciplinar.

Importa clarificar o alcance desta disposição:

- O referido artigo regula exclusivamente o ato médico, designadamente o diagnóstico e acompanhamento clínico da disforia de género.
- Não estabelece requisitos para o reconhecimento jurídico da identidade de género nem impõe diagnóstico médico como condição para o exercício de direitos civis.

O Código Deontológico visa assegurar que, quando exista indicação clínica para diagnóstico e acompanhamento, tal processo decorra com rigor técnico, multidisciplinaridade e competência especializada.

Não decorre do artigo 79.º fundamento para medicalização obrigatória da identidade nem para exigência generalizada de diagnóstico médico para efeitos jurídicos.

Diretrizes clínicas internacionais

As principais orientações internacionais - incluindo Organização Mundial de Saúde, World Professional Association for Transgender Health (Standards of Care v8), Endocrine Society, Royal College of Psychiatrists, American Psychiatric Association, American Academy of Pediatrics e World Medical Association - convergem nos seguintes princípios estruturantes:

- avaliação multidisciplinar quando clinicamente indicada;
- consentimento livre e esclarecido;
- individualização das decisões terapêuticas;
- acompanhamento longitudinal;
- reconhecimento explícito das limitações metodológicas da evidência disponível.

Nenhuma destas entidades recomenda proibições legislativas generalizadas ou patologização da identidade de género, sendo que várias defendem efetivamente o direito de todas as pessoas de determinar e viver a sua própria identidade de género.[4-7]

Saúde mental e fatores protetores

A literatura científica demonstra que pessoas trans e de género diverso apresentam maior prevalência de ansiedade e depressão associada a fatores de discriminação e estigmatização.[8]

Este padrão é frequentemente interpretado à luz do modelo de stress de minoria descrito na literatura científica.[9]

Estudos internacionais demonstram ainda o impacto protetor de fatores como:

- aceitação familiar;
- reconhecimento social;
- acesso a cuidados de saúde adequados.[10-11]

Políticas públicas restritivas, ou percecionadas como ameaçando direitos de pessoas trans e de género diverso, têm sido associadas a agravamento de indicadores de saúde mental em estudos populacionais recentes.[12-14]

Considerações específicas sobre a faixa etária pediátrica

A população pediátrica exige especial proteção, dada a sua maior vulnerabilidade e a necessidade de assegurar:

- capacidade de decisão compatível com o seu estádio de desenvolvimento,
- vontade livre e informada,
- respeito pelos princípios da autonomia progressiva e do superior interesse da criança.

Intervenções médicas em adolescentes

A evidência científica relativa às intervenções médicas no acompanhamento de adolescentes com incongruência ou disforia de género apresenta limitações metodológicas reconhecidas, sendo predominantemente baseada em estudos observacionais e em seguimentos longitudinais de coortes clínicas, mas têm sugerido associação entre acesso a intervenções

médicas afirmativas de género e melhorias em indicadores de saúde mental ou redução de ideação suicida. [15-17]

Neste contexto, as principais diretrizes clínicas internacionais recomendam uma abordagem baseada em avaliação especializada por equipas multidisciplinares, acompanhamento longitudinal e ponderação individualizada dos riscos e benefícios das diferentes intervenções possíveis.[18]

Entre as intervenções médicas consideradas em determinados contextos clínicos encontram-se os análogos da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH), bem como a terapêutica hormonal de afirmação de género.

Os análogos da GnRH, frequentemente designados como bloqueadores da puberdade, possuem indicações terapêuticas estabelecidas noutras condições médicas, com largos anos de experiência no tratamento de crianças e jovens, designadamente na puberdade precoce central.[5]

As orientações clínicas internacionais enquadram a eventual utilização destes medicamentos como intervenções reversíveis, com perfil de segurança bem caracterizado e considerado favorável, nomeadamente ao nível da fertilidade, desde que se faça uma vigilância clínica cuidadosa, nomeadamente da saúde óssea. A evidência relativa aos benefícios psicológicos dos análogos da GnRH permanece limitada e de baixa certeza segundo revisões sistemáticas recentes, sendo amplamente reconhecida a necessidade de investigação adicional e monitorização prospetiva dos resultados clínicos. Esta intervenção é sempre sujeita a critérios clínicos rigorosos, avaliação multidisciplinar e acompanhamento continuado.[4-5, 19-21]

A terapêutica hormonal de afirmação de género consiste na administração de hormonas sexuais com o objetivo de induzir características sexuais secundárias mais congruentes com a identidade de género do adolescente. As principais diretrizes internacionais recomendam que a sua consideração ocorra apenas em situações de incongruência ou disforia de género persistente, após avaliação clínica prolongada, com confirmação da capacidade de consentimento em função da maturidade, envolvimento dos representantes legais e ponderação individualizada dos riscos, benefícios e alternativas terapêuticas.[4-5]

A literatura científica disponível, embora metodologicamente limitada, tem descrito associações entre a terapêutica hormonal de afirmação de género em adolescentes e melhorias no funcionamento psicossocial, no bem-estar global e em sintomas de ansiedade e depressão, quando aplicada em contexto clínico estruturado e sob supervisão especializada.[15-16]

O debate científico internacional permanece em evolução quanto ao balanço entre benefícios e riscos destas intervenções, sendo amplamente reconhecida a necessidade de prudência clínica, monitorização adequada e decisão caso a caso.[13-15]

A literatura científica indica ainda que os casos de descontinuação ou reversão de processos de transição médica são globalmente pouco frequentes e apresentam etiologias heterogéneas.[22-23]

A existência dessas situações constitui argumento a favor de processos clínicos rigorosos de avaliação e acompanhamento longitudinal, não fundamento metodologicamente robusto para estabelecer proibições legislativas generalizadas.

Neste enquadramento, a imposição legislativa de proibições terapêuticas absolutas substitui o juízo clínico individualizado por interdição normativa abstrata, afastando-se do modelo de decisão clínica recomendado pelas principais orientações científicas internacionais.

Dados nacionais de prática clínica

Dados assistenciais recentes provenientes das três unidades especializadas nacionais indicam que, no ano de 2025, se encontravam sob tratamento farmacológico um total de 120 adolescentes a nível nacional (ver Anexo I).

A análise agregada destes dados evidencia que o recurso a intervenções farmacológicas ocorre num número reduzido de casos e em contexto de elevada diferenciação clínica, incluindo utilização seletiva de análogos da GnRH, terapêutica hormonal de afirmação de género e, em alguns casos, regimes combinados.

Estes dados não permitem uma análise casuística detalhada, mas são consistentes com uma prática clínica criteriosa, centrada em avaliação multidisciplinar e aplicada a situações selecionadas, não sustentando a perceção de utilização generalizada ou indiscriminada destas intervenções em idade pediátrica.

Mesmo considerando a totalidade das três unidades nacionais de referência, o número absoluto de adolescentes sob intervenção farmacológica permanece reduzido, refletindo uma prática clínica altamente seletiva.

A análise disponível, e experiência acumulada dos profissionais destas unidades, não sugere padrões de descontinuação generalizada do acompanhamento clínico especializado, sendo estes dados compatíveis com modelos de seguimento estruturado e continuado. Importa, contudo, sublinhar que a natureza descritiva do levantamento não permite conclusões definitivas quanto a taxas de continuidade terapêutica.

Nota metodológica

A investigação nesta área enfrenta limitações inerentes à impossibilidade ética de realização de ensaios clínicos randomizados em determinados contextos.

A ausência de tais ensaios não invalida intervenções clinicamente indicadas quando existe plausibilidade científica, consistência entre estudos e acompanhamento clínico estruturado.

Proibições legislativas generalizadas exigiriam demonstração inequívoca de dano superior ao benefício, o que não se encontra estabelecido de forma conclusiva na literatura científica.

Nos debates científicos recentes tem sido frequentemente referido o relatório independente conduzido por Hilary Cass no Reino Unido (Cass Review), relativo à organização dos serviços de saúde para jovens com incongruência de género. A interpretação científica deste relatório tem sido objeto de discussão na literatura académica, incluindo análises críticas relativas aos

critérios de avaliação da evidência, à metodologia utilizada em revisões sistemáticas associadas e à extrapolação de conclusões clínicas para diferentes sistemas de saúde.[24-27]

Consequentemente, relatórios institucionais desta natureza devem ser considerados como parte do debate científico em evolução, não constituindo, isoladamente, fundamento suficiente para estabelecer proibições legislativas generalizadas de intervenções clínicas.

O papel do sistema GRADE na prática clínica

O sistema GRADE constitui uma ferramenta metodológica útil para classificar a qualidade da evidência e a força das recomendações, mas não deve ser interpretado de forma isolada ou normativa. Em particular:

- A classificação de evidência como "baixa" não equivale a ausência de evidência ou a ausência de benefício clínico;
- O sistema GRADE tende a penalizar áreas onde os ensaios randomizados são difíceis ou eticamente problemáticos, como acontece frequentemente em pediatria;
- As recomendações clínicas devem resultar da integração entre evidência científica, decisão clínica, valores dos doentes e contexto clínico.

Assim, o sistema GRADE deve ser entendido como um instrumento de apoio à decisão, e não como um critério absoluto que, por si só, determine a aceitabilidade ou rejeição de determinadas intervenções clínicas.[28]

A qualidade da evidência constitui um elemento relevante na formulação de recomendações clínicas, mas não o único. A força de uma recomendação depende igualmente da gravidade da condição clínica, da plausibilidade biológica, do perfil de segurança conhecido, da magnitude potencial dos benefícios e riscos, da disponibilidade de alternativas terapêuticas, dos valores e preferências dos doentes e da possibilidade de monitorização continuada. Consequentemente, a classificação da evidência como baixa ou muito baixa não determina, por si só, a inadmissibilidade clínica ou legislativa de uma determinada intervenção.

Variações do desenvolvimento sexual (intersexo) e proteção da identidade em menores

As propostas legislativas em análise incluem referências a pessoas com variações do desenvolvimento sexual (condições intersexo), recorrendo, em alguns casos, a terminologia desatualizada e cientificamente imprecisa, como o termo "hermafroditismo", atualmente abandonado na literatura médica. Para além da questão terminológica, algumas formulações parecem assentar numa conceptualização simplificada do desenvolvimento sexual, sugerindo a existência de um "padrão sexual predominante" que poderia ser determinado na puberdade e servir de base à definição jurídica da pessoa.

Esta abordagem não reflete o conhecimento clínico atual, que reconhece a complexidade e diversidade das trajetórias das pessoas intersexo, nem distingue adequadamente entre características biológicas do desenvolvimento sexual e identidade de género. A redução da identidade a critérios predominantemente biológicos pode, em certos contextos, comprometer

a proteção dos direitos e do bem-estar de menores com variações do desenvolvimento sexual, cuja abordagem clínica assenta em princípios de individualização, prudência e respeito pela autonomia progressiva.[29]

Conclusão técnica

Após análise técnico-científica das iniciativas legislativas apresentadas, a Ordem dos Médicos considera que:

- Algumas propostas legislativas assentam em imprecisões conceptuais relativas à distinção entre identidade de género, incongruência de género e disforia de género, bem como numa compreensão simplificada da complexidade do sexo biológico, que não reflete o conhecimento médico atual, incluindo no que respeita às variações do desenvolvimento sexual (intersexo).
- Verifica-se, em certos casos, confusão entre reconhecimento jurídico da identidade de género e intervenção clínica na incongruência de género, por parte de equipas de saúde especializadas.
- O artigo 79.º do Código Deontológico é invocado de forma extensiva para além do seu âmbito de aplicação clínica.
- A imposição legislativa de proibições terapêuticas absolutas não reflete o enquadramento das principais diretrizes científicas internacionais, nem a natureza da evidência disponível em medicina pediátrica, ignorando as limitações metodológicas inerentes à investigação nesta área.
- O debate legislativo deve distinguir claramente entre esfera jurídica e esfera clínica.

A Ordem dos Médicos entende que eventuais alterações legislativas nesta matéria devem:

- basear-se em evidência científica atualizada;
- respeitar os princípios das leges artis;
- preservar a autonomia técnica do ato médico;
- distinguir claramente reconhecimento jurídico da identidade de género e intervenção clínica na incongruência de género.

A Ordem dos Médicos considera ainda que a legislação deve evitar a interdição legislativa abstrata de intervenções clínicas na incongruência de género.

A regulação destas matérias deve preservar a autonomia profissional dos médicos e garantir que decisões clínicas continuem a assentar em avaliação individualizada, evidência científica e acompanhamento especializado, tendo igualmente em conta que o enquadramento jurídico vigente já consagra mecanismos de proteção relevantes, designadamente no que respeita à salvaguarda das características sexuais de menores.

Lisboa, 16 de junho de 2026

Referências

1. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). Geneva: WHO; 2018. https://icd.who.int/
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington (DC): APA; 2022.
3. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex. Consensus statement on management of intersex disorders. Pediatrics. 2006;118(2):e488-e500. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738
4. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644
5. 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(11):3869-3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658
6. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol. 2015;70(9):832-864. https://doi.org/10.1037/a0039906
7. World Medical Association. WMA statement on transgender people. Ferney-Voltaire: WMA; 2025. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/
8. Pinna F, Paribello P, Somaini G, Corona A, Ventriglio A, Corrias C, et al. Mental health in transgender individuals: a systematic review. Int Rev Psychiatry. 2022;34(3-4):292-359. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629
9. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674
10. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2010;23(4):205-213. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x
11. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation and suicidal behavior among transgender youth. J Adolesc Health. 2018;63(4):503-505. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003
12. Restar AJ, Layland EK, Hughes L, et al. Antitrans policy environment and depression and anxiety symptoms in transgender and nonbinary adults. JAMA Netw Open. 2024;7:e2431306. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.31306
13. Cunningham GB, Watanabe NM, Buzuvis E. Anti-transgender rights legislation and internet searches pertaining to depression and suicide. PLoS One. 2022 Dec 22;17(12):e0279420. doi: https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279420
14. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA. Lancet Public Health. 2020;5(4):e196-e203. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3
15. Chen D, Berona J, Chan YM, Ehrensaft D, Garofalo R, Hidalgo MA, et al. Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. N Engl J Med. 2023;388(3):240-250. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297

16. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978
17. van der Loos MATC, Hannema SE, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6(12):869-875. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1
18. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. Pediatrics. 2020;145(2):e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725
19. Martinerie L, de Mouzon J, Blumberg J, Di Nicola L, Maisonobe P, Carel JC; PREFER study group. Fertility of women treated during childhood with triptorelin (depot formulation) for central precocious puberty: the PREFER study. Horm Res Paediatr. 2020;93(9-10):529-538. https://doi.org/10.1159/000513702
20. Miroshnychenko A, Roldan Y, Ibrahim S, Kulatunga-Moruzi C, Montante S, Couban R, et al. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2025;110(6):429–436. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909
21. Taylor J, Mitchell A, Hall R, Heathcote C, Langton T, Fraser L, et al. Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. Arch Dis Child. 2024;109(Suppl 2):S33–S47. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669
22. Olson KR, Raber GF, Gallagher NM. Levels of satisfaction and regret with gender-affirming medical care in adolescence. JAMA Pediatr. 2024;178(12):1354-1361. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4527
23. MacKinnon KR, Gould WA, Enxuga G, et al. Discontinuation of gender-affirming medical treatments. J Adolesc Health. 2024;75(4):569-577. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.05.015
24. Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: final report. London: NHS England; 2024. Available from: https://www.england.nhs.uk/publication/independent-review-of-gender-identity-services-for-children-and-young-people/
25. Noone C, Southgate A, Ashman A, et al. Critically appraising the Cass report: methodological flaws and unsupported claims. BMC Med Res Methodol. 2025;25:128. https://doi.org/10.1186/s12874-025-02581-7
26. Moser C. A critique of the Cass Review and the implications of gender restrictive care. Arch Sex Behav. 2025. https://doi.org/10.1007/s10508-025-03345-6
27. McDeavitt K, Cohn J, Levine SB. Critiques of the Cass Review: fact-checking the peer-reviewed and grey literature. J Sex Marital Ther. 2025;51(2):175-199. https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2455133
28. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336(7650):924-926. https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD
29. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. Horm Res Paediatr. 2016;85(3):158–180. https://doi.org/10.1159/000442975

Anexo I

Dados nacionais de prática clínica (2025)

Adolescentes sob tratamento farmacológico para disforia de género em Portugal

Análogos da GnRH (bloqueadores da puberdade) isolados	41
Terapêutica hormonal de afirmação de género isolada	50
Terapêutica combinada (GnRH + terapêutica hormonal)	29
Total	120

Nota metodológica do Anexo

Os dados apresentados resultam de levantamento assistencial realizado junto das três unidades especializadas nacionais de acompanhamento de adolescentes com disforia de género, referentes ao ano de 2025.

Os valores encontram-se agregados a nível nacional, não sendo apresentada diferenciação por unidade ou região, de forma a privilegiar a leitura global da prática clínica e evitar interpretações descontextualizadas.

Dada a natureza do levantamento, não foi possível proceder a análise casuística individual, devendo os dados ser interpretados como descritivos da atividade assistencial.