De:
Enviado: 10 de julho de 2026 15:53
Para: Comissão 1ª - CACDLG XVII
Cc:
Assunto: Contributo de cidadania – Processo legislativo referente aos Projetos de Lei nºs 391/XVII/1ª, 479/XVII/1ª e 486/XVII/1ª
Anexos: Sobre o parecer da OM identidade de género 10.07.2026.pdf

Sinal. de seguimento: Dar seguimento
Estado do sinalizador: Concluído

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias,

Como é do conhecimento de V.Exa., na sequência da aprovação na generalidade ocorrida no passado dia 20 de março, baixaram à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias a que V.Exa. preside os Projetos de Lei nºs 391/XVII/1ª, 479/XVII/1ª e 486/XVII/1ª, para a respectiva discussão na especialidade.

Atendendo à enorme importância da matéria em apreço, nós, os abaixo-assinados, 52 médicos, tomamos a liberdade de enviar a V.Exa. o documento, intitulado **"Sobre o parecer técnico-científico da Ordem dos Médicos '*Iniciativas legislativas sobre o regime jurídico da identidade de género e intervenções'* - Comentário crítico".**

O documento, elaborado por um imperativo de cidadania e de responsabilidade médica, foi subscrito por médicos de diferentes especialidades que, apesar de reconhecerem que o Parecer da Ordem dos Médicos (datado de 16 de Junho de 2026) é útil ao separar o reconhecimento jurídico da identidade de género do ato médico, contudo, consideram que o documento é vulnerável em pontos essenciais: terminologia pouco rigorosa, leitura insuficientemente prudente da evidência científica e ausência de exigência de avaliação independente dos procedimentos realizados em Portugal.

Solicitamos a V.Exa. que o referido documento seja levado ao conhecimento de todos os Senhores Deputados que integram a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias e que o mesmo seja incluído, como um contributo de cidadania, no site da Assembleia da República, nas páginas da cada uma das três iniciativas legislativas supra identificadas.

Agradecemos antecipadamente o deferimento dos pedidos formulados e mais informamos que iremos divulgar este documento de forma mais abrangente, de modo a que outros médicos a exercer em Portugal possam subscrevê-lo.

Apresentamos a V.Exa. os nossos respeitosos cumprimentos.

Os subscritores, por ordem alfabética:

- Ana Isabel Caldeira Pinto Teixeira Bastos Vaz e Gala – Medicina Geral e Familiar

- Ana Isabel Mendes Machado – Psiquiatria,

- Ana Maria Félix de Campos Pinto – Anátomo-Patologia,

- Ana Maria Lopez de Macedo - Hematologia Clínica,

- Ana Maria Salteiro Marques Casimiro Camilo Malta – Pediatria,

- Ana Maria Rosas da Silva Rebelo Sarmento – Clínica Geral,

- António Carlos Megre Eugénio Sarmento – Infecciologia,

- António Maria Ribeiro Soares Pires – Ortopedia, Medicina do Trabalho,

- António Gentil da Silva Martins - Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética e Oncologia Pediátrica,

- Cândida Neves Mendes – Medicina Geral e Familiar,

- Carlota Isabel de Matos Cruz Simões Barreira Arruda – Medicina Geral e Familiar,

- Carminda Martins Ribeiro Damião – Clínica Geral,

- Cátia Vanessa Ribeiro de Almeida – Pedopsiquiatria,

- João Duarte Bleck – Anestesiologia, Medicina do Trabalho,

- Edmundo José Bragança de Sá – Medicina Geral e Familiar,

- Elvira de Almeida Tavares Alves – Pediatria,

- Filipe Glória e Silva – Pediatria,

- Isabel Maria Mouzinho de Almeida Galriça Neto – Medicina Geral e Familiar, Medicina Paliativa,

- Isabel Maria Pestana de Nápoles Sarmento Santa Marta – Pediatria,

- João Paulo Moreno Rosa Camilo Malta – Ginecologia, Obstetrícia -

- José Augusto Rodrigues Simões – Medicina Geral e Familiar,

- José Diogo Ramalho Ortigão Ferreira Martins –Cardiologia Pediátrica,

- João Paulo Moreno Rosa Camilo Malta – Ginecologia, Obstetrícia -

- Jorge Maria Jonet de Azevedo Coutinho – Pediatria,

- Luís Manuel Martins Marques –Psiquiatria,

- Madalena da Silva Gonçalves Moutinho Neto – Medicina Geral e Familiar,

- Madalena Sassetti Silva Mendes Archer de Carvalho – Pediatria,

- Manuel Pedro da Costa Santos Ribeiro da Silva – Anestesia,

- Mariana Hehn Pinto da Silva Pinto Guimarães – Ginecologia,

- Margarida Isabel dos Santos Mendes de Oliveira y España, Cirurgia Pediátrica,

- Margarida Maria Sancho da Silva Gonçalves Neto – Psiquiatria,

- Maria Emília Coelho de Pina – Medicina Geral e Familiar,

- Maria José Dos Santos Bernardo - Ginecologia Obstetrícia,

- Maria de Lurdes Martins Delgado Monsanto – Medicina Geral e Familiar,

- Maria João de Sousa Leitão Lage – Pediatria e Neonatologia,

- Maria Madeira de Andrade Pereira Coutinho de Castro Fraga – Neurologia,

- Maria Rita da Silva Gonçalves Dias – Nefrologia,

- Maria Teresa Siqueira de Carvalho Souto Moura Cunha Ferreira – Medicina Interna,

- Mariana Mónica Barosa Caiado Ferreira - Medicina Interna,

- Miguel Cordovil Toscano Rico – Medicina Interna,

- Nuno Freitas – Anestesiologia,

- Pedro Fernando Cabral Varandas – Psiquiatria,

- *Pedro Manuel Marques Afonso – Psiquiatria, C*

- *Piedade Sande Lemos – Pediatria,*

- *Raquel Pina – Anatomia patológica,*

- *Rita Isabel de Matos Cruz Simões Barreira de Carvalho – Pediatria,*

- *Rui Fernando Simões Barreira - Patologia Clínica,*

- *Sílvia Sofia Diniz Marques Afonso – Pediatria,*

- *Sofia Cristina Pereira Coutinho Reimão – Neurorradiologia,*

- *Susana Maria Sendim Aires Pereira – Pediatria,*

- *Vasco Sousa Pinto de Magalhães Ramalho – Radiologia,*

- *Victor Manuel Machado Gil – Cardiologia,*

Outros médicos a exercer em Portugal que se revejam neste documento podem propor juntar-se ao grupo de subscritores, com mensagem ao e-mail com a seguinte identificação:

Nome Completo – Especialidade, Nº da Cédula Profissional da Ordem dos Médicos.

Sobre o parecer técnico-científico da Ordem dos Médicos

"Iniciativas legislativas sobre o regime jurídico da identidade de género e intervenções clínicas associadas"

Comentário crítico

COMENTÁRIO GERAL

O parecer é útil ao separar reconhecimento jurídico e ato médico, mas é vulnerável em quatro planos: 1) adota linguagem conceptual pouco científica; 2) equipara, no plano clínico, a incongruência de género à disforia de género, quando qualquer intervenção médica deveria exigir sofrimento clinicamente significativo, persistência do quadro e/ou prejuízo funcional; 3) em menores, transforma uma evidência baixa e incompleta numa posição demasiado permissiva; 4) na população portuguesa sujeita a tratamentos de reatribuição de género hormonais e quando aplicável cirúrgico, não reclama a exigência ética e de boa prática médica de uma avaliação clínica rigorosa e independente dos procedimentos que estão a ser realizados nesta população.

1 TERMINOLOGIA E FALTA DE RIGOR CIENTÍFICO

Incongruência vs. disforia

- "Incongruência de género" é sobretudo categoria classificativa/político-sanitária; não basta como categoria clínica para intervenção médica, pois desconsidera de forma artificial (sem respaldo na prática clínica) a presença de "sofrimento" nesta condição clínica.
- Em contexto médico, especialmente em menores, o critério deve ser disforia de género persistente, sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo funcional.
- A mera não coincidência entre sexo biológico e identidade subjetiva não deve constituir indicação farmacológica/cirúrgica. Este aspeto ético é relevante.

> **Nota crítica —** O parecer deveria distinguir melhor identidade, sofrimento clínico e indicação terapêutica. O conceito de "incongruência de género", embora reconhecido pela ICD-11, tem uma natureza classificativa e político-sanitária mais do que propriamente clínica. Os critérios da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5-TR) para esta condição clínica são claramente mais robustos e precisos clinicamente.

"Sexo atribuído à nascença"

- A expressão sugere uma construção administrativa/social do sexo.
- Em linguagem médica, deve falar-se em sexo biológico: cromossómico, gonadal, hormonal e fenotípico.
- Formulação mais rigorosa: o sexo cromossómico é determinado aquando da fecundação; o fenótipo sexual é observado e registado ao nascimento.

> **Nota crítica —** A terminologia fragiliza a precisão biológica do parecer.

"Variações" do desenvolvimento sexual

- "Variações" pode reduzir estigma, mas é menos preciso quando há entidades biomédicas concretas.
- A designação clínica adequada é perturbações do desenvolvimento sexual (DSD), incluindo condições cromossómicas, gonadais, hormonais ou anatómicas.
- Suavizar patologias objetivas como meras "variações" pode comprometer rigor diagnóstico e terapêutico.

> **Nota crítica —** Linguagem inclusiva não deve substituir terminologia médica precisa.

“Afirmação” vs. reatribuição/modificação

- “Terapêutica de afirmação de género” não é neutra: incorpora uma finalidade confirmatória.
- Num parecer técnico, seria preferível linguagem descritiva: reatribuição de género, modificação das características sexuais ou intervenção hormonal/cirúrgica.
- A terminologia deve descrever o ato clínico, não antecipar a sua legitimidade.

> **Nota crítica —** O parecer recorre, em alguns pontos, a uma terminologia que não é inteiramente neutra do ponto de vista técnico-científico.

2 VOLATILIDADE DO DIAGNÓSTICO DE DISFORIA DE GÉNERO

Diagnóstico e acompanhamento

- O diagnóstico não é estável e pode ser reformulado após intervenções psiquiátricas e psicológicas adequadas. Por exemplo, nas crianças pré-púberes identificadas com disforia de género, uma proporção muito significativa não mantém a disforia após a puberdade; tal não se transpõe automaticamente para adolescentes com disforia persistente.

> **Nota crítica —** O parecer deveria recomendar prudência no diagnóstico, promovendo um período de acompanhamento mínimo (por exemplo, um ano) até que se estabeleça o diagnóstico com maior robustez, antes de qualquer intervenção médica de reatribuição de género.

3 OMISSÃO DE COMORBILIDADE DE DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Complexidade clínica

- Cerca de 45,7% dos adolescentes e jovens adultos com disforia de género tiveram anteriormente pelo menos um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica. Este valor é cerca de três vezes superior à população geral da mesma idade (15,0%). Isto aponta para a comorbilidade e complexidade desta condição clínica (Ruuska et al, 2026).
- A disforia de género faz diagnóstico diferencial com outras entidades nosológicas psiquiátricas (por exemplo, esquizofrenia, perturbação dismórfica corporal), não devendo por isso a mudança de género constituir um ato meramente administrativo, mas justificar atenção médica especializada.

> **Nota crítica —** Este assunto não pode ser abordado retirando-lhe a complexidade do diagnóstico diferencial e omitindo a elevada comorbilidade psiquiátrica que deve ser tratada sempre em simultâneo.

4 EVIDÊNCIA E COMORBILIDADE

Evidência GRADE baixa

- O sistema GRADE — *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* — é um método internacional usado para avaliar a qualidade da evidência científica e a força das recomendações clínicas.
- A expressão “evidência GRADE baixa” significa que os estudos existentes são limitados — frequentemente observacionais, com amostras pequenas, seguimento curto, poucos grupos de controlo e incerteza sobre efeitos a longo prazo.
- Evidência baixa não equivale a ausência de benefício, mas também não legitima normalização clínica ampla.
- Em menores, a baixa qualidade da evidência deve aumentar a prudência, não diminuir o escrutínio.
- Torna-se necessário exigir um limiar clínico elevado, consentimento reforçado, registo, auditoria e seguimento prolongado.

> **Nota crítica —** O parecer usa o GRADE de forma defensiva; deveria usá-lo como argumento de contenção e prudência. O documento da European Society for Child and Adolescent Psychiatry — ESCAP é uma tomada

de posição sobre os cuidados a crianças e adolescentes com disforia de género. A sua tese central é que esta área exige a salvaguarda urgente de padrões clínicos, científicos e éticos rigorosos, dada a vulnerabilidade dos menores, a elevada comorbilidade psiquiátrica, a fragilidade da evidência disponível e as potenciais consequências de longo prazo das intervenções médicas. Os padrões da medicina baseada na evidência devem assegurar os melhores e mais seguros cuidados possíveis para cada indivíduo deste grupo altamente vulnerável de crianças e adolescentes. Assim, a ESCAP apela aos profissionais de saúde para que não promovam tratamentos experimentais e desnecessariamente invasivos, com efeitos psicossociais não comprovados, e para que adiram, por conseguinte, ao princípio *primum non nocere* — primeiro, não causar dano (Drobnič Radobuljac et al., 2024).

Menores e irreversibilidade

- A autonomia em idade pediátrica é progressiva e exige proteção acrescida.
- Bloqueadores e hormonas cruzadas não devem ser tratados como extensão natural do reconhecimento identitário.
- Quanto maior a irreversibilidade potencial, maior deve ser o grau de certeza clínica e avaliação independente.

Nota crítica — A lei deve evitar a facilitação acrítica destes tratamentos, por vezes irreversíveis, que podem trazer consigo alguns efeitos secundários e riscos para a saúde.

Estigma social: explicação insuficiente

- O modelo do stress de minoria é relevante, mas não pode tornar-se explicação totalizante.
- Estão frequentemente presentes depressão, ansiedade, trauma, perturbações alimentares, perturbações da personalidade, conflitos familiares e vulnerabilidade identitária.
- Atribuir o sofrimento sobretudo ao estigma corre o risco de secundarizar a psicopatologia concomitante.

Nota crítica — O parecer tende a reduzir complexidade clínica a uma hipótese sociológica dominante. A omissão de aspetos clínicos frequentemente observáveis nesta condição clínica e citados abundantemente na literatura é um viés que desvaloriza a isenção e a credibilidade científica do parecer.

5 OMISSÃO DO EFEITO PATOFACILITANTE / EFEITO SOCIAL

Efeito social

É inegável que o número de casos de disforia de género aumentou significativamente nos últimos anos em vários países. Para tal terá contribuído a promoção da autodeterminação de género nas gerações mais jovens, quer através da influência de grupo (interpares) quer através da internet e das redes sociais. Também foi identificado pela investigadora Lisa Littman, em 2018, no estudo intitulado *"Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports"*, o chamado contágio social. Não obstante a polémica deste estudo, a verdade é que ele deu enfoque num tema que tem sido pouco estudado: quais os fatores psicossociais que contribuíram para o aumento exponencial do número de casos de disforia de género em adolescentes e jovens?

Nota crítica — O parecer omite por completo o efeito social no desenvolvimento desta patologia. Existem evidências estatísticas em vários países que comprovam o aumento significativo do número de casos, principalmente em adolescentes do sexo feminino. Este facto provavelmente não é alheio à promoção da afirmação de género nas gerações mais jovens e deveria merecer mais investigação.

6 FALTA DE AVALIAÇÃO NACIONAL ÉTICA E CIENTÍFICA

Dados nacionais insuficientes

- O parecer apresenta um anexo com dados de adolescentes em tratamento. Mas não atende às questões éticas, médicas e até jurídicas destes dados.

- O anexo refere 120 adolescentes em tratamento farmacológico em Portugal em 2025, mas apenas como levantamento agregado.
- Faltam dados por idade, sexo, estádio pubertário, critérios de indicação, comorbilidades, duração da avaliação, eventos adversos, descontinuação, arrependimento e outcomes.
- Sem estes indicadores, e uma avaliação rigorosa, não se pode concluir que a prática é segura, eficaz ou seletiva.

> **Nota crítica —** Este é um dos pontos mais frágeis do parecer da OM. Afinal que rigor clínico e qualidade assistencial está a ser feita nestas situações em Portugal? Contar casos não equivale a avaliar qualidade clínica, nem a recomendar procedimentos médicos. A medicina deve basear a sua atuação na evidência científica com rigor e ética. Torna-se urgente avaliar todos estes casos e o parecer da OM deveria ter feito esse apelo às autoridades públicas.

7 INFLEXÃO INTERNACIONAL RECENTE DESVALORIZADA

Inglaterra / NHS / Cass Review

- Após a Cass Review, o NHS England (*National Health Service England*) adotou modelo mais holístico e menos centrado na medicalização precoce.
- A prescrição rotineira de bloqueadores da puberdade a menores foi interrompida fora de investigação, por evidência limitada sobre segurança, riscos, benefícios e resultados.
- O novo modelo exige avaliação de saúde mental, neurodesenvolvimento e necessidades globais.

> **Nota crítica —** O parecer português relativiza em excesso esta inflexão institucional.

Finlândia

- As orientações finlandesas colocam apoio psicossocial, psicoterapia e tratamento das comorbilidades como primeira linha.
- A avaliação especializada deve ser reservada para casos persistentes e clinicamente complexos.
- Quando há perturbação psiquiátrica relevante, a estabilidade da identidade de género deve ser avaliada com particular cautela.

> **Nota crítica —** É uma abordagem mais prudente e psiquiatricamente informada.

Suécia

- A Socialstyrelsen passou a recomendar maior contenção nas terapêuticas hormonais em menores.
- Considera que, ao nível do grupo, os riscos dos bloqueadores e hormonas provavelmente superam os benefícios esperados.
- Admite intervenção sobretudo em investigação ou em casos excecionais, com critérios rigorosos.

> **Nota crítica —** A prudência sueca contrasta com a conclusão permissiva do parecer.

Ruuska et al., 2026

- Coorte nacional finlandesa: 2 083 jovens referenciados e 16 643 controlos.
- Morbilidade psiquiátrica superior antes da referenciação (45,7% vs. 15,0%) e ≥2 anos depois (61,7% vs. 14,6%).
- Nos jovens submetidos a reatribuição médica, as necessidades psiquiátricas não diminuíram após a intervenção.

> **Nota crítica —** Não prova causalidade, mas fragiliza a explicação redutora centrada no estigma e a promessa de benefício psicológico robusto.

8 CONCLUSÃO

O parecer deveria abandonar a terminologia ambígua. O texto parece refletir, em certos trechos, um enquadramento conceptual menos neutro, em vez de optar por uma maior precisão técnico-científica. Deveria ancorar a intervenção médica em menores na disforia de género clinicamente significativa, reconhecer a evidência GRADE baixa como razão para uma prudência reforçada, exigir dados nacionais longitudinais e integrar a inflexão europeia recente.

Assiste-se a uma inflexão internacional relevante — Cass Review, NHS England, Socialstyrelsen sueca e COHERE/PALKO finlandesa — relativamente à utilização de intervenções médicas de reatribuição de género em menores, em particular bloqueadores da puberdade e terapêuticas hormonais. Essa mudança institucional é real, ainda que não homogénea entre países, e o parecer da Ordem tende a relativizá-la: cita críticas metodológicas à Cass Review, como as de Noone, Moser e McDeavitt, mas não atribui peso equivalente ao facto de vários sistemas de saúde terem restringido ou abandonado a prescrição rotineira destas intervenções em crianças e adolescentes, invocando prudência clínica, baixa qualidade da evidência e incerteza sobre resultados a longo prazo.

Neste contexto, o parecer deveria exigir às autoridades públicas portuguesas uma auditoria clínica independente aos casos que estão a ser submetidos a intervenções hormonais e/ou cirúrgicas de reatribuição de género, a fim de se avaliar a sua eficácia, os seus efeitos adversos, a taxa de arrependimentos e o estado psiquiátrico antes e depois deste tipo de intervenção.

Em síntese, perante a baixa qualidade da evidência, a vulnerabilidade dos menores, a incerteza sobre resultados a longo prazo e a ausência de auditoria nacional robusta, a conclusão adequada não deve ser a facilitação acrítica destas intervenções, mas a adoção de um modelo clínico restritivo, prudente, centralizado, auditável, multidisciplinar e psiquiatricamente robusto.

SUBSCRITORES (por ordem alfabética)

- Ana Isabel Caldeira Pinto Teixeira Bastos Vaz e Gala – Medicina Geral e Familiar,
- Ana Isabel Mendes Machado – Psiquiatria,
- Ana Maria Félix de Campos Pinto – Anátomo-Patologia,
- Ana Maria Lopez de Macedo - Hematologia Clínica,
- Ana Maria Salteiro Marques Casimiro Camilo Malta – Pediatria,
- Ana Maria Rosas da Silva Rebelo Sarmento – Clínica Geral,
- António Carlos Megre Eugénio Sarmento – Infecciologia,
- António Maria Ribeiro Soares Pires – Ortopedia, Medicina do Trabalho,
- António Gentil da Silva Martins - Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética e Oncologia Pediátrica,
- Cândida Neves Mendes – Medicina Geral e Familiar,
- Carlota Isabel de Matos Cruz Simões Barreira Arruda – Medicina Geral e Familiar,
- Carminda Martins Ribeiro Damião – Clínica Geral,
- Cátia Vanessa Ribeiro de Almeida – Pedopsiquiatria,
- João Duarte Bleck – Anestesiologia, Medicina do Trabalho,
- Edmundo José Bragança de Sá – Medicina Geral e Familiar,

- Elvira de Almeida Tavares Alves – Pediatria,
- Filipe Glória e Silva – Pediatria,
- Isabel Maria Mouzinho de Almeida Galriça Neto – Medicina Geral e Familiar, Medicina Paliativa,
- Isabel Maria Pestana de Nápoles Sarmento Santa Marta – Pediatria,
- João Paulo Moreno Rosa Camilo Malta – Ginecologia, Obstetrícia -
- José Augusto Rodrigues Simões – Medicina Geral e Familiar,
- José Diogo Ramalho Ortigão Ferreira Martins –Cardiologia Pediátrica,
- João Paulo Moreno Rosa Camilo Malta – Ginecologia, Obstetrícia -
- Jorge Maria Jonet de Azevedo Coutinho – Pediatria,
- Luís Manuel Martins Marques –Psiquiatria,
- Madalena da Silva Gonçalves Moutinho Neto – Medicina Geral e Familiar,
- Madalena Sassetti Silva Mendes Archer de Carvalho – Pediatria,
- Manuel Pedro da Costa Santos Ribeiro da Silva – Anestesia,
- Mariana Hehn Pinto da Silva Pinto Guimarães – Ginecologia,
- Margarida Isabel dos Santos Mendes de Oliveira y España, Cirurgia Pediátrica,
- Margarida Maria Sancho da Silva Gonçalves Neto – Psiquiatria,
- Maria Emília Coelho de Pina – Medicina Geral e Familiar,
- Maria José Dos Santos Bernardo - Ginecologia Obstetrícia,
- Maria de Lurdes Martins Delgado Monsanto – Medicina Geral e Familiar,
- Maria João de Sousa Leitão Lage – Pediatria e Neonatologia,
- Maria Madeira de Andrade Pereira Coutinho de Castro Fraga – Neurologia,
- Maria Rita da Silva Gonçalves Dias – Nefrologia,
- Maria Teresa Siqueira de Carvalho Souto Moura Cunha Ferreira – Medicina Interna,
- Mariana Mónica Barosa Caiado Ferreira - Medicina Interna,
- Miguel Cordovil Toscano Rico – Medicina Interna,
- Nuno Freitas – Anestesiologia,
- Pedro Fernando Cabral Varandas – Psiquiatria,
- Pedro Manuel Marques Afonso – Psiquiatria,
- Piedade Sande Lemos – Pediatria,
- Raquel Pina – Anatomia patológica,
- Rita Isabel de Matos Cruz Simões Barreira de Carvalho – Pediatria,
- Rui Fernando Simões Barreira - Patologia Clínica,
- Sílvia Sofia Diniz Marques Afonso – Pediatria,
- Sofia Cristina Pereira Coutinho Reimão – Neurorradiologia,
- Susana Maria Sendim Aires Pereira – Pediatria,
- Vasco Sousa Pinto de Magalhães Ramalho – Radiologia,
- Victor Manuel Machado Gil – Cardiologia,

Total de subscritores na data de hoje, 10.07.2026: 52 médicos

Outros médicos a exercer em Portugal que se revejam neste documento podem propor juntar-se ao grupo de subscritores, com mensagem ao e-mail e a seguinte identificação: Nome Completo – Especialidade, Nº da Cédula Profissional da Ordem dos Médicos.

Fontes de referência bibliográfica principais

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Cass, H. (2024). *Final report*. The Cass Review. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933mp_/https%3A/cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf?

Council for Choices in Health Care in Finland. (2020, June 16). *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors: Summary of recommendation*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Drobnič Radobuljac, M., Grošelj, U., Kaltiala, R., ESCAP Policy Division, ESCAP Board, Vermeiren, R., Crommen, S., Kotsis, K., Danese, A., Hoekstra, P. J., & Fegert, J. M. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: An urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(6), 2011–2016. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE, 13*(8), e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330

NHS England. (2024, August 7). *Children and young people's gender services: Implementing the Cass Review recommendations*. https://www.england.nhs.uk/long-read/children-and-young-peoples-gender-services-implementing-the-cass-review-recommendations/

Ordem dos Médicos. (2026, June 15). *Parecer técnico-científico da Ordem dos Médicos relativo a iniciativas legislativas sobre o regime jurídico da identidade de género e intervenções clínicas associadas*.

Ruuska, S.-M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2026). Psychiatric morbidity among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: A register study. *Acta Paediatrica*. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/apa.70533

Socialstyrelsen. (2023). *Care of children and adolescents with gender dysphoria: Summary of national guidelines: December 2022* (Article No. 2023-1-8330). https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/care-of-children-and-adolescents-with-gender-dysphoria--summary-of-national-guidelines--december-2022-2023-1-8330/