

## PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE SEXOLOGIA CLÍNICA, sobre o Projeto de Lei n.º 391/XVII/1.ª, proposto pelo partido Chega

*Contributo de profissionais das áreas clínicas da Medicina (Medicina Geral e Familiar, Psiquiatria e Psiquiatria da infância e adolescência) e Psicologia com competência em Sexologia reconhecida pelas respetivas ordens profissionais e membros da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC); com colaboração e subscrição do Grupo de Estudos de Diversidades Sexuais e de Género da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), de profissionais médicos do departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da ULS Santa Maria, e da Associação para o Planeamento da Família (APF)*

### I. Introdução

A Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) emite o presente parecer em resposta à submissão do Projeto de Lei n.º 391/XVII/1.ª, com o objetivo de salvaguardar o rigor científico e a integridade do acesso a cuidados de saúde de populações vulneráveis em Portugal. Pretendemos alertar para o facto de o Projeto de Lei n.º 391/XVII/1.ª assentar em premissas que contradizem o consenso clínico internacional. Ao propor retrocessos baseados em desinformação, a proposta ignora a evidência empírica e ameaça gravemente a saúde mental de uma população já vulnerável. A SPSC intervém, assim, para garantir que as decisões legislativas protejam a vida e o bem-estar de todos os cidadãos, alicerçando-se em ciência e não em preconceitos.

### II. Incongruência e disforia de género não são “ideologia” - são entidades e conceitos clínicos e científicos

A proposta caracteriza erroneamente a disforia de género como uma "ideologia". No entanto, a evidência demonstra que se trata de uma condição clínica reconhecida no DSM-5-TR e na ICD-11<sup>[1-2]</sup>. A par disto, a Organização Mundial de Saúde moveu a "incongruência de género" para o capítulo de saúde sexual precisamente para reduzir a estigmatização e garantir cuidados de saúde e aconselhamentos adequados a esta população.<sup>[2]</sup>

A base neurobiológica suportada pela comunidade científica é sustentada por dados robustos:<sup>[3-5]</sup>

- Genética: Gémeos idênticos apresentam maior probabilidade de concordância (39,1%) com uma identidade de género *trans*, enquanto gémeos dizigóticos não apresentaram o mesmo grau de concordância, o que sugere uma base biológica programada.<sup>[4]</sup>

- Neuroimagem: Estudos em pessoas trans não tratadas revelam padrões cerebrais consistentes com a sua identidade de gênero e não com o sexo biológico.
- Resiliência: Em pessoas intersexo, a identidade de gênero resiste comprovadamente a cirurgias genitais precoces e à educação social imposta.<sup>[3-4]</sup>

Assim, rotular uma realidade clínica com base biológica como "ideologia" é um ato de negacionismo científico. Ao ignorar estes dados, a proposta falha na sua fundamentação básica, ao tentar legislar sobre uma condição médica através de uma lente ideológica que a ciência já refutou.

### III. A analogia da disforia de gênero com a BIID é cientificamente desadequada

A proposta utiliza a *Body Integrity Identity Disorder* (BIID) para argumentar contra intervenções médicas, mas a comparação é tecnicamente inválida. O DSM-5-TR distingue-as explicitamente:<sup>[1]</sup> a *BIID* implica um desejo de amputação de membros saudáveis sem benefício terapêutico, enquanto a disforia de gênero envolve o alinhamento de características sexuais com a identidade, com evidência robusta já estabelecida de benefício para a saúde mental.<sup>[6-8]</sup> Ao contrário da BIID, as intervenções médicas afirmativas (p.e. hormonal e cirúrgico) resultam em melhorias clínicas mensuráveis.<sup>[9-11]</sup>

Esta analogia é uma distorção retórica que ignora o sucesso terapêutico dos cuidados afirmativos. Equiparar cuidados de saúde que salvam vidas a uma amputação sem benefício clínico é uma tentativa de manipular a opinião pública através do medo.

### IV. Problemas de saúde mental estão associados ao estigma social ligado à disforia de gênero - não são uma contraindicação para intervenções médicas afirmativas

A proposta cita um estudo alemão que indica uma elevada prevalência de diagnósticos psiquiátricos como comorbidade associada à disforia de gênero. Contudo, omite que estas comorbidades são consequência do *minority stress* (stress de minoria), e não a causa da disforia.<sup>[12-14]</sup> Uma meta-análise de 2025 confirma a elevada prevalência de depressão (13,5-85%) e ansiedade (5-36,1%) nesta população.<sup>[15]</sup>

Fundamentalmente, a evidência demonstra que estes quadros melhoram com cuidados afirmativos:

- Redução da taxa de pensamentos e comportamentos autolesivos: os jovens que receberam bloqueadores ou hormonas tiveram 60% menos probabilidades de depressão grave e 73% menos probabilidades de autolesão ou pensamentos suicidas<sup>[8]</sup>
- Satisfação de Vida: Estudos prospetivos mostram que tratamento hormonal de afirmação de gênero aumenta o afeto positivo e a satisfação geral, diminuindo a ansiedade.<sup>[7]</sup>

Portanto, a proposta inverte a lógica clínica ao usar o sofrimento mental causado pela disforia de gênero como motivo para negar cuidados. Restringir o acesso a tratamentos agrava a patologia que se diz querer evitar, o que torna a lei um fator de risco para a saúde pública.

## V. Persistência e a distinção crítica entre crianças e adolescentes

A proposta refere uma taxa de persistência de incongruência e disforia de 36,4% após 5 anos, mas omite deliberadamente que este dado se refere a crianças pré-púberes. O consenso clínico reconhece que:

- A persistência é consideravelmente superior em jovens que iniciaram a puberdade e fizeram transição social, comparativamente a outras populações mais jovens.<sup>[17]</sup>
- "A persistência da disforia apenas pode ser avaliada de forma confiável após os primeiros sinais de puberdade".<sup>[4]</sup>
- Quando a disforia é exacerbada pela puberdade, raramente existe regressão.<sup>[18]</sup>

É metodologicamente inválido usar dados de crianças pequenas como argumento para impedir o tratamento de adolescentes. Esta generalização grosseira ignora a realidade biológica da puberdade e visa retirar cuidados críticos a quem deles mais necessita.

## VI. Bloqueadores pubertários e a evidência atual

Os bloqueadores pubertários permitem oferecer tempo adicional para o desenvolvimento e exploração da identidade antes de mudanças irreversíveis, ao mesmo tempo que melhoram o funcionamento global e diminuem a ideação suicida.<sup>[19-22]</sup> Embora existam riscos (como a densidade mineral óssea), estes são monitorizados e verificaram-se totalmente ou parcialmente reversíveis consoante as populações estudadas.<sup>[20-21]</sup>

Proibir bloqueadores é uma intromissão política na prática médica. A questão ética não é a proibição absoluta, mas a garantia de uma avaliação multidisciplinar rigorosa, como já defendem as guidelines da Endocrine Society e da WPATH.<sup>[4, 6]</sup>

## VII. Arrependimento e destransição: prevalência real

A proposta baseia-se em amostras de conveniência de 100 pessoas, mas a evidência sistemática de 2024 e 2025 mostra que:

- As taxas de descontinuação de hormonas variam entre 1,6% e 9,8%.<sup>[23]</sup>
- Apenas 4% dos jovens reportam arrependimento após cuidados médicos.<sup>[24]</sup>
- As razões para destransição são variadas, incluindo falta de apoio social e financeiro, e muitos mantêm identidades não-binárias.<sup>[25-26]</sup>

Legislar com base na exceção para punir a maioria (96% de satisfação) é uma resposta desproporcional e inadequada. As raras taxas de arrependimento e destransição não podem justificar a negação de cuidados a quem deles beneficia.

## VIII. Barreiras legais: evidência robusta de dano

O reconhecimento legal está diretamente ligado à saúde mental. Uma meta-análise de 2025 demonstra que o reconhecimento jurídico (através do nome social pretendido e do gênero com que a pessoa se identifica) está associado a:<sup>[27]</sup>

- Menor ideação suicida (OR=0,75) e menor *distress* psicológico (OR=0,53).
- Documentação concordante com o gênero reduz a taxa de plano suicida (0,75).<sup>[28]</sup>

Inversamente, legislações anti-trans aumentam sintomas de ansiedade e *stress* pós-traumático, elevando as pesquisas *online* por termos relacionados com depressão e suicídio.<sup>[16, 29-30]</sup>

## IX. Conclusão - proposta de lei sem evidência científica sustentada

A SPSC conclui que o Projeto de Lei n.º 391/XVII/1.<sup>a</sup> carece de qualquer fundamento empírico sólido. A proposta:

1. Ignora o consenso internacional sobre a base biológica da identidade de gênero.
2. Descontextualiza dados sobre comorbilidades e persistência de disforia de gênero para validar preconceitos.
3. Despreza a evidência de que barreiras legais e restrições médicas agravam o risco de suicídio.

Qualquer medida que limite o reconhecimento jurídico ou os cuidados afirmativos baseia-se numa negação da ciência. Do ponto de vista técnico-científico, esta proposta é um retrocesso clínico perigoso que terá um custo humano incalculável na saúde mental de uma população já vulnerável e sujeita ao estigma social. Cabe ao Estado garantir que a lei não espelha agendas políticas e ideológicas discriminatórias, assentes em preconceito, e assegurar que os direitos de todas as pessoas são consagrados e preservados no tempo.

### Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425756>
2. Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Saracco-Álvarez, R., Real-T. C., Reed, G. M., et al. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–860.
3. Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karush, D., Reed, G. M., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400.
4. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., et al. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.

5. Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of transgender persons. *The New England Journal of Medicine*, 381(25), 2451–2460.
6. Dakkak, M., Kriegel, D. L. II, & Tauches, K. (2023). Caring for transgender and gender-diverse people: Guidelines from WPATH. *American Family Physician*, 107(3), 263–272.
7. Chen, D., Berona, J., Chan, Y. M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., et al. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *The New England Journal of Medicine*, 388(3), 240–250.
8. Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978.
9. Brugger, P., Christen, M., Jellestad, L., & Hänggi, J. (2016). Limb amputation and other disability desires as a medical condition. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1010–1011.
10. Blom, R. M., Hennekam, R. C., & Denys, D. (2012). Body integrity identity disorder. *PLoS ONE*, 7(4), e34702.
11. Giummarra, M. J., Bradshaw, J. L., Nicholls, M. E., Hilti, L. M., & Brugger, P. (2011). Body integrity identity disorder: Deranged body processing, right fronto-parietal dysfunction, and phenomenological experience of body incongruity. *Neuropsychology Review*, 21(4), 320–333.
12. Nunes-Moreno, M., Buchanan, C., Cole, F. S., Diaz-Stransky, A., Gieseke, S., Gorski, S., et al. (2022). Behavioral health diagnoses in youth with gender dysphoria compared with controls: A PEDSnet study. *The Journal of Pediatrics*, 241, 147–153.
13. de Freitas, L. D., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(2), 99–104.
14. Mueller, S. C., De Cuyper, G., & T'Sjoen, G. (2017). Transgender research in the 21st century: A selective critical review from a neurocognitive perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 174(12), 1155–1162.
15. Hainey, K. J., Connolly, D. J., Thomson, R., et al. (2025). Mental health outcomes in transgender and nonbinary people. *JAMA Psychiatry*. Advance online publication.
16. Restar, A., Layland, E. K., Hughes, L., et al. (2024). Antitrans policy environment and depression and anxiety symptoms in transgender and nonbinary adults. *JAMA Network Open*, 7(5), e249454.
17. Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., et al. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(2), e20200130.
18. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826.
19. Tornese, G., Di Mase, R., Munarin, J., et al. (2025). Use of gonadotropin-releasing hormone agonists in transgender and gender diverse youth: A systematic review. *Frontiers in Endocrinology*. Advance online publication.
20. Betsi, G., Goutlia, P., Sandhu, S., & Xekouki, P. (2023). Puberty suppression in adolescents with gender dysphoria: An emerging issue with multiple implications. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1162450.
21. Nos, A. L., Klein, D. A., Adirim, T. A., et al. (2022). Association of gonadotropin-releasing hormone analogue use with subsequent use of gender-affirming hormones among transgender adolescents. *JAMA Network Open*, 5(11), e2239758.
22. Turban, J. L., Thornton, J., & Ehrensaft, D. (2025). Biopsychosocial assessments for pubertal suppression to treat adolescent gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Advance online publication.
23. Feigerlova, E. (2025). Prevalence of detransition in persons seeking gender-affirming hormonal treatments: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication.
24. Olson, K. R., Raber, G. F., & Gallagher, N. M. (2024). Levels of satisfaction and regret with gender-affirming medical care in adolescence. *JAMA Pediatrics*. Advance online publication.
25. MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Enxuga, G., et al. (2022). Exploring the gender care experiences and perspectives of individuals who discontinued their transition or detransitioned in Canada. *PLoS ONE*, 17(6), e0269397.
26. MacKinnon, K. R., Kia, H., Salway, T., et al. (2022). Health care experiences of patients discontinuing or reversing prior gender-affirming treatments. *JAMA Network Open*, 5(7), e2219460.
27. Scheim, A. I., Restar, A. J., Zubizarreta, D., et al. (2025). Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. Advance online publication.
28. Scheim, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196–e203.
29. Last, B. S., Tran, N. K., Lubensky, M. E., et al. (2025). U.S. state policies and mental health symptoms among sexual and gender minority adults. *JAMA Network Open*. Advance online publication.
30. Cunningham, G. B., Watanabe, N. M., & Buzuvis, E. (2021). Anti-transgender rights legislation and internet searches pertaining to depression and suicide. *PLoS ONE*, 16(1), e0244463.