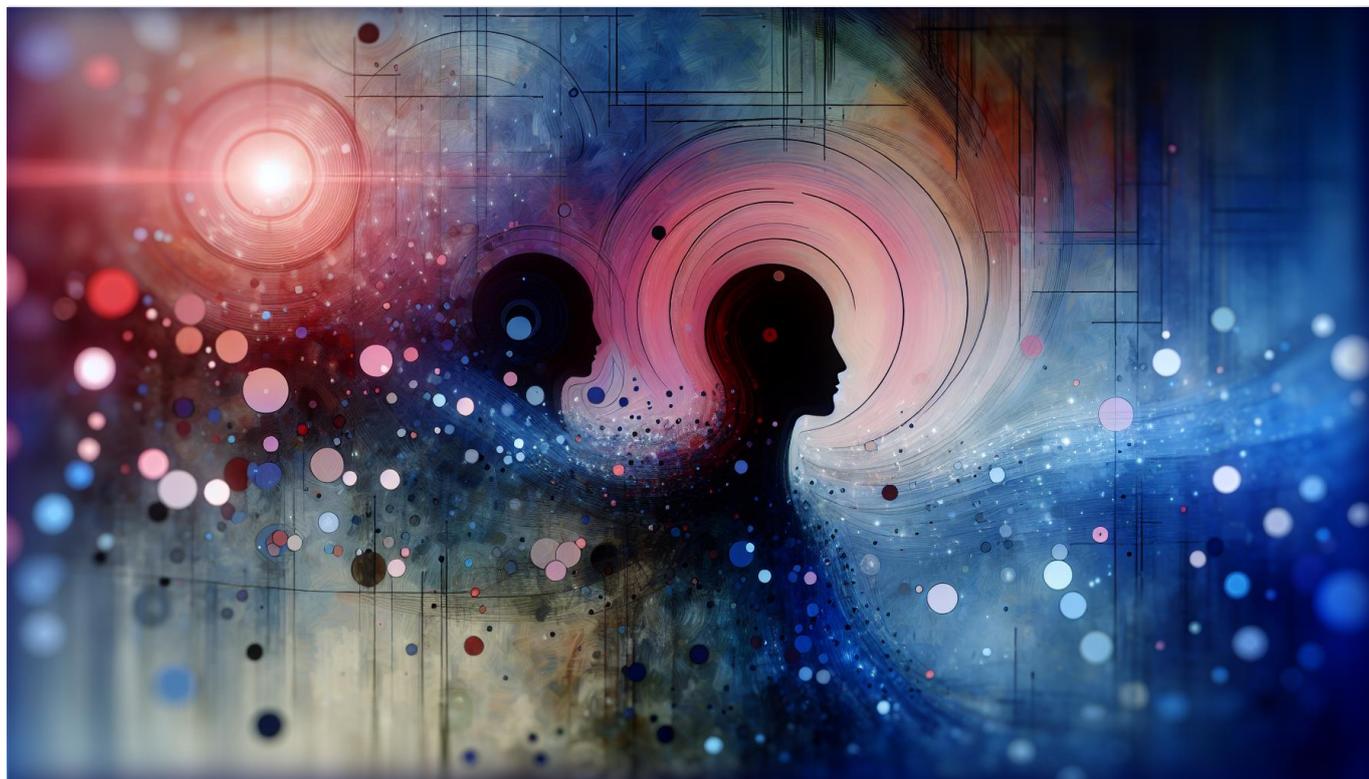


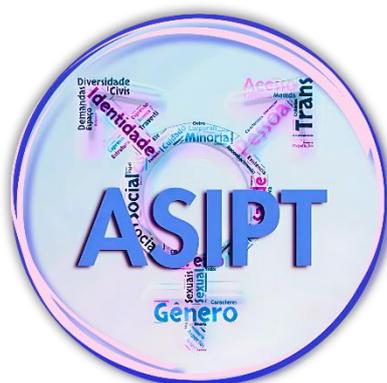
CARTA ABERTA AO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



ADIAMENTO PUBERAL EM ADOLESCENTES COM VIVÊNCIAS DE VARIABILIDADE DE GÊNERO: ANÁLISE TÉCNICO-CIENTÍFICA DE PROPOSIÇÃO REGULATÓRIA

Data de emissão: 25 de abril de 2025.

Elaborado por: Tiago José de Oliveira Gomes, médico ginecologista e preceptor do ASIPT - Ambulatório para Saúde Integral de Pessoas Trans da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo



EPÍGRAFE: RECONHECIMENTO DO DISCURSO SITUADO, SEU ATRAVESSAMENTO HISTÓRICO E REPERCUSSÕES PERSISTENTES

Identifico-me como homem cisgênero, condição compartilhada pela maioria dos conselheiros destinatários deste documento. Tal localização advém de uma ordem social que universaliza o sujeito cis como referência não nomeada. A cisgeneridade opera, portanto, como parâmetro normativo implícito; enquanto experiências de gênero divergentes são tratadas como variações ontologicamente deficitárias e carentes de legitimidade decisória.

A história da patologização identitária apresenta um marco no início do século XX, quando Magnus Hirschfeld, homem cisgênero, inseriu o desalinhamento entre corporalidade sexuada e expressão de gênero nas classificações sexológicas vigentes – subsumindo identidades de gênero dissidentes à mesma rubrica diagnóstica reservada às sexualidades não normativas (Hirschfeld, 1910; 1923). Este enquadramento persiste na categoria incongruência de gênero do CID-11; ainda alocada no capítulo de saúde sexual e evidenciando a continuidade do paradigma que pressupõe uma associação congruente esperada entre genital e papel social.

Na década de 1960, Harry Benjamin, homem cisgênero, infectologista com tese de doutorado sobre tuberculose, considerou-se apto a estabelecer parâmetros para identificação do "verdadeiro transexual" (Benjamin, 1966). Seu modelo partiu da premissa de correlação necessária entre configuração anatomofisiológica e identidade de gênero. Ao implicar o sofrimento transgênero – não como efeito das estruturas de violência social e expectativas que a própria taxonomia cristaliza – em uma suposta incongruência somática, sua formulação implicou sofrimento vivenciado como inerente a transexualidade e onde se ancorou a indicação clínica para intervenções médico-cirúrgicas apresentadas como correção corporal normativa.

O dispositivo diagnóstico resultante instituiu verificação identitária assimétrica: autodeterminações cisgêneras são inquestionáveis, validadas de imediato; ao passo que identidades transgêneras são submetidas a protocolos diagnósticos extensivos, legitimados pela invocação de um eventual arrependimento futuro. Tal mecanismo reforça um paternalismo clínico que presume incompetência autodeterminativa dos sujeitos trans e condiciona o acesso ao cuidado à chancela profissional – o que viola princípios bioéticos e direitos humanos fundamentais.

Esta inconsistência torna-se evidente quando cotejada com o tratamento conferido a pessoas intersexo. Afinal, arrependimento não pode haver sem participação autônoma nas decisões. Intervenções corporais que pessoas trans reivindicam – mas são veementemente questionadas e cerceadas – são justificadas por uma categoria de "URGÊNCIA BIOLÓGICA E SOCIAL" na Resolução CFM 1.664/2003; que autoriza intervenções genitais irreversíveis em lactentes, gonadectomias e hormonização precoce sob alegação de risco oncológico e "porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do prognóstico, também do paciente, gera graves transtornos". Isto ocorre a despeito de que, em situações em que esse mesmo risco é ainda mais proeminente, como mutações BRCA, a urgência não é configurada.

A NOTA TÉCNICA PFDC Nº 6/2023 do Ministério Público Federal, avaliou que o CFM sugere "que sejam realizados procedimentos biomédicos, o mais precocemente possível, com o objetivo de adequação ao gênero masculino ou feminino, com a justificativa de que a condição biológica que denomina de "anomalia de diferenciação sexual" é uma urgência biológica e social". Para determinar o sexo e designar o gênero, critérios como tamanho do falo respaldaram intervenções precoces, não consentidas e desnecessárias. O MPF conclui a nota afirmando que: "no caso de crianças intersexo, cirurgias devem ser adiadas até que essas pessoas adquiram condições para dar o seu consentimento livre e esclarecido."

NOTA TERMINOLÓGICA PRELIMINAR

Para fins de operacionalização conceitual e precisão taxonômica, este documento estabelece as seguintes definições técnicas:

Supressão puberal: Procedimento farmacológico de intervenção reversível na cascata neuroendócrina mediante administração de agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH); os quais, por mecanismo de dessensibilização hipofisária pós-saturação receptorial, interrompem a progressão puberal e a subsequente manifestação de caracteres sexuais secundários sem indução de alterações permanentes no eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal – estabelecendo moratória desenvolvimental clinicamente monitorada.

Autonomia progressiva: Constructo multidimensional que conceitualiza a capacidade decisória como função gradativamente adquirida durante o neurodesenvolvimento; fundamentada na aquisição de competências contextuais verificáveis mediante instrumentos de avaliação neuropsicológica validados – transcendendo dicotomias estanques baseadas exclusivamente em limiares etários arbitrários em favor de parâmetros de avaliação individualizados conforme complexidade decisória específica.

Incongruência de gênero: Terminologia referenciada exclusivamente em seu contexto taxonômico institucional conforme Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11); sem subscrição ontológica à categoria nosológica e empregada estrategicamente como dispositivo discursivo para estabelecimento de interlocução com aparatos regulatórios vigentes. A operacionalização deste termo não pressupõe disfunção intrínseca ao sujeito; mas reconhece efeito estrutural do dispositivo normativo que impõe correspondência compulsória entre sexo designado ao nascimento, configuração morfológica e expressão identitária.

1. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA E CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O desenvolvimento puberal pode constituir período neuroendócrino e psicossocial crítico para alguns adolescentes cujas trajetórias de expressão identitária divergem das expectativas normativas vinculadas ao sexo designado ao nascimento; caracterizado pela ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal mediante pulsos de GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) de crescente amplitude e frequência. Este processo resulta em transformações morfofisiológicas potencialmente irreversíveis que podem preceder cronologicamente a certeza de autodeterminação, a autonomia jurídica brasileira a maturação completa do córtex pré-frontal e circuitos neurais associados à capacidade decisória plena (Sisk & Foster, 2004; Giedd et al., 2012).

Esta assincronia maturacional configura dilema bioético concreto: a diferenciação sexual secundária estabelece-se mediante cascata bioquímica progressiva enquanto o adolescente ainda elabora sua construção identitária – frequentemente sob pressão normativa cis-hegemônica que postula correlação necessária entre configuração anatômica e expressão comportamental/identitária predeterminada.

Os agonistas do GnRH (leuprorrelina, triptorrelina) atuam mediante saturação dos receptores hipofisários específicos; produzindo inicialmente elevação transitória de gonadotrofinas (LH, FSH) seguida de dessensibilização receptorial e conseqüente supressão da cascata neuroendócrina puberal (Hembree et al., 2017). Este mecanismo farmacológico estabelece intervalo clínico que viabiliza avaliação multidimensional compreensiva e formação de decisões informadas sobre o desenvolvimento corporal. A intervenção não determina trajetória irreversível; mas preserva possibilidades decisórias que seriam irreversivelmente eliminadas pela progressão puberal espontânea.

A supressão puberal constitui intervenção farmacológica com perfil de segurança documentado; com meia-vida que varia entre 3-12 semanas, dependendo da formulação específica (Institute of Medicine, 2011). Conforme demonstrado em estudos, a interrupção do tratamento resulta na retomada do desenvolvimento puberal correspondente ao padrão hormonal endógeno na maioria dos casos; com latência média entre 12-16 semanas (Rosenthal, 2016). Este dado contesta argumentações de irreversibilidade frequentemente mobilizadas em contextos regulatórios restritivos.

1.1. Qualidade das Evidências: Avaliação GRADE

Uma limitação metodológica significativa no campo de estudo do adiamento puberal é a qualidade global das evidências disponíveis. Revisão sistemática recente (Carlisle et al., 2025) – utilizando metodologia GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) – classificou a qualidade evidencial para desfechos prioritários (redução de disforia, função psicossocial, densidade mineral óssea) como "muito baixa" a "baixa".

Esta classificação deriva predominantemente de:

1. Limitações metodológicas intrínsecas aos delineamentos disponíveis (estudos observacionais, séries de casos, coortes não-controladas)

2. Tamanhos amostrais reduzidos na maioria dos estudos ($n < 200$)
3. Heterogeneidade significativa nas populações estudadas e protocolos implementados
4. Período de seguimento relativamente curto para determinados desfechos (especialmente ósseos e neurocognitivos)

Esta realidade metodológica não invalida a legitimidade clínica da intervenção; mas estabelece parâmetros relevantes para interpretação dos achados e contextualização adequada na elaboração de políticas públicas e diretrizes regulatórias – demandando cautela na extrapolação de conclusões e necessidade de desenvolvimento de estudos prospectivos com metodologia mais robusta.

1.2. Protagonismo Epistêmico: Participação de Pessoas Trans na Produção de Conhecimento

Uma limitação epistemológica fundamental no campo investigativo sobre intervenções para variabilidade de gênero refere-se à assimetria representacional na concepção, execução e análise dos estudos disponíveis. Análise bibliométrica sistemática (Rodrigues & Vasconcelos, 2024) – utilizando metodologia SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type) – quantificou a participação de pesquisadores transgêneros em posições decisórias como "mínima" a "incidental" nos estudos com maior fator de impacto e disseminação institucional.

Esta sub-representação manifesta-se primordialmente através de:

1. Invisibilização ontológica no delineamento metodológico (objetificação subjetiva, parâmetros normativos cisnormativos, constructos exógenos à experiência vivenciada)
2. Hierarquização axiológica na priorização de desfechos (sobrevalorização de parâmetros biomédicos em detrimento de indicadores de autodeterminação, satisfação existencial e integração sociopolítica)
3. Monopolização interpretativa na análise dos resultados (predominância de marcos teóricos extrativos, categoriais e normalizantes)
4. Colonização discursiva na disseminação conclusiva (reificação de taxonomias patologizantes, ainda que implicitamente)

Esta configuração epistêmica não invalida a relevância comparativa dos dados disponíveis; mas estabelece imperativo ético-metodológico para reconfiguração dos paradigmas investigativos em direção à co-construção participativa e horizontalizada do conhecimento produzido – reconhecendo a autoridade experiencial e a competência situacional dos sujeitos cuja existencialidade constitui objeto de investigação, mediante implementação sistemática de metodologias colaborativas baseadas em princípios de justiça epistêmica.

2. FUNDAMENTOS BIOÉTICOS E AUTONOMIA DECISÓRIA

2.1 Autonomia Progressiva e Competência Contextual

A conceitualização bioética da supressão puberal transcende o paradigma dicotômico tradicional de capacidade decisória (competente/não-competente); fundamentando-se no

reconhecimento da autonomia progressiva como constructo multidimensional validado empiricamente. Ashley & Ells (2018) demonstram – mediante análise sistemática de decisões judiciais e protocolos institucionais – como barreiras ao acesso a agonistas do GnRH frequentemente fundamentam-se em pressupostos paternalistas que desconsideram evidências neuropsicológicas sobre competência contextual específica.

Steinberg et al. (2009) documentam que adolescentes mobilizam recursos cognitivos executivos superiores em decisões que afetam diretamente sua existência corporal, comparados a situações abstratas ou hipotetizadas. Esta investigação contesta presunções apriorísticas de incapacidade global; evidenciando competência específica em questões de autodeterminação identitária e corporal.

O sistema regulatório baseado exclusivamente em critérios etários absolutos produz contradição paradoxal operacional: impõe-se ao adolescente as consequências potencialmente permanentes do desenvolvimento puberal não desejado; enquanto simultaneamente nega-se-lhe a autonomia para evitar essas mesmas consequências mediante intervenção temporária e reversível. Grootens-Wiegers et al. (2017) identificam esta inconsistência lógico-conceitual como evidência da inadequação de restrições etárias absolutas para decisões com significativa relevância existencial – propondo alternativa metodológica baseada em avaliação individualizada de competência decisória contextual.

2.2 Determinantes Estruturais de Acesso

A presunção normativa de alinhamento necessário entre sexo designado e identidade constitui determinante estrutural que impacta significativamente o acesso equitativo a serviços de saúde. Coleman et al. (2012) documentam – em sua análise dos Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People (versão 7) – como adolescentes em ambientes institucionais restritivos enfrentam barreiras significativas ao acesso a cuidados adequados; configurando potencial violação do direito fundamental à saúde conforme estabelecido em múltiplos dispositivos normativos nacionais e internacionais.

Meyer (2003) propõe modelo teórico-metodológico do estresse de minorias; demonstrando que manifestações psicossociais de sofrimento entre pessoas transgênero não constituem condições patológicas intrínsecas, mas expressões da resposta adaptativa a estressores sociais específicos. Esta compreensão é corroborada por análise de Hendricks & Testa (2012); que documentam como o respeito à autodeterminação identitária constitui componente essencial de cuidados em saúde ética e tecnicamente adequados.

As evidências epidemiológicas disponíveis contestam fundamentalmente a patologização das experiências de gênero que desafiam a matriz sexo/gênero dominante; revelando como as barreiras institucionais ao acesso derivam predominantemente da imposição de normas corporais e da invalidação identitária sistemática – não de características intrínsecas às vivências de dissidência.

Reconhece-se, contudo, que parcela significativa destes estudos são observacionais; não permitindo estabelecer relações estritamente causais entre intervenções específicas e desfechos psicossociais, conforme apontado na meta-análise de Brik et al. (2020). Esta limitação metodológica inerente justifica a implementação de monitoramento longitudinal prospectivo.

3. SEGURANÇA FARMACOLÓGICA E REVERSIBILIDADE

3.1 Perfil de Segurança Documentado

Mahfouda et al. (2019) realizaram revisão sistemática com meta-análise sobre o perfil de segurança dos agonistas do GnRH; documentando baixa incidência de eventos adversos graves e reversibilidade após descontinuação, com tempo médio de reversão entre 12-18 semanas. Esta análise contribui para estabelecer base evidencial sobre a segurança farmacológica destes agentes no contexto específico da supressão puberal.

As preocupações frequentemente levantadas sobre mineralização óssea são contextualizadas pelos dados densitométricos longitudinais de Klink et al. (2015); que demonstram que, embora ocorra redução temporária na densidade mineral óssea durante o tratamento (redução média de Z-score estimada entre -0,5 e -1,0), a retomada do desenvolvimento puberal resulta em recuperação significativa dos parâmetros densitométricos – com variabilidade individual que justifica monitoramento específico sem comprometer a indicação do procedimento em casos adequadamente avaliados.

Dados recentes publicados em JAMA Pediatrics (Landivar et al., 2023) sugerem, entretanto, que os Z-scores reduzidos durante o bloqueio puberal podem não retornar integralmente aos valores esperados após 5 anos de hormonioterapia afirmativa; apresentando diferença residual média ($\delta = -0,31 \pm 0,18$) com heterogeneidade significativa entre participantes. Estes achados reforçam a necessidade de:

1. Monitoramento densitométrico longitudinal personalizado
2. Implementação profilática de suplementação nutricional (cálcio/vitamina D)
3. Protocolo estruturado de exercícios físicos com orientação fisioterapêutica específica
4. Estratificação de risco para subpopulações com fatores adicionais predisponentes

Vlot et al. (2017) aprofundam esta análise mediante estudo prospectivo de marcadores bioquímicos de metabolismo ósseo; identificando que a densidade mineral óssea final depende predominantemente da adequação hormonal pós-bloqueio (correlação moderada a forte), com correlação fraca com o período de supressão em si – contestando argumentos que vinculam supressão puberal a fragilidade óssea permanente.

Reconhece-se, entretanto, que persistem questionamentos sobre efeitos ósseos de longo prazo em populações específicas com fatores de risco adicionais para osteoporose (p.ex., baixo IMC, história familiar positiva, deficiência de vitamina D); conforme apontado na revisão crítica de Biggs (2020). Esta consideração justifica protocolos de monitoramento densitométrico individualizado e suplementação profilática de cálcio e vitamina D.

3.2 Integridade Neurocognitiva

Staphorsius et al. (2015) implementaram avaliação neuropsicológica sistemática em adolescentes durante supressão puberal (n=55) comparados a grupo controle pareado (n=59); não identificando alterações estatisticamente significativas em funções executivas (teste Torre de

Londres), memória de trabalho (teste n-back), processamento verbal (teste COWAT) ou capacidade decisória (teste IGT) – com valores $p > 0,05$ para todas as comparações realizadas.

Estes achados são corroborados por metodologias de neuroimagem funcional (Nota et al., 2017); que documentam através de ressonância magnética funcional (fMRI) estabilidade nos padrões de ativação cerebral durante o período de supressão – analisando regiões de interesse (ROI) para áreas prefrontais e límbicas e contestando hipóteses sobre potencial comprometimento neurocognitivo decorrente da intervenção hormonal temporária.

Chen et al. (2020) avaliam os parâmetros neurocognitivos durante o desenvolvimento puberal típico e com supressão farmacológica; não identificando diferenças estatisticamente significativas nos padrões de maturação neural entre os grupos estudados para os principais domínios cognitivos avaliados. Reconhece-se, contudo, que estudos neuropsicológicos de seguimento ultraduradouro ($T > 15$ anos) permanecem limitados; configurando área que demanda investigação continuada conforme proposto por Giordano (2021).

4. DESFECHOS CLÍNICOS E EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

4.1 Impacto em Indicadores de Desenvolvimento Integral

Estudos sobre supressão puberal em adolescentes transgêneros documentam associações positivas estatisticamente significativas com bem-estar psicossocial, integração escolar e funcionamento familiar (Turban et al., 2020). Este estudo transversal avaliou 20.619 adultos transgêneros; identificando associação entre acesso à supressão puberal na adolescência e redução na ideação suicida ao longo da vida.

De Vries et al. (2014) documentam – através de metodologia longitudinal prospectiva ($n=55$, $T = 6$ anos) – resultados positivos em diversos parâmetros de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), funcionamento social (SAS-R) e desenvolvimento educacional após implementação de protocolos que incluem supressão puberal quando desejada pelo adolescente após processo de decisão informada.

Costa et al. (2015) contestam a caracterização da supressão puberal como intervenção "cosmética" ou "preferencial"; demonstrando, através de estudo prospectivo ($n=201$, $T = 18$ meses), sua importância fundamental para o desenvolvimento integral de adolescentes com identidades de gênero diversas – com redução significativa ($p < 0,05$) em múltiplos indicadores de sofrimento psíquico, incluindo ideação suicida, comportamentos autolesivos e transtornos internalizantes.

4.2 Estabilidade Longitudinal e Continuidade Identitária

Wiepjes et al. (2018) documentam – mediante estudo de coorte longitudinal do Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria ($n=617$) – que a maioria dos adolescentes que receberam bloqueadores puberais após processo de decisão informada manteve sua trajetória identitária após a maioridade legal; com taxas de continuidade entre 85-95%. Este dado estatisticamente significativo contesta

caracterizações das trajetórias de dissidência de gênero adolescentes como manifestações predominantemente transitórias; evidenciando estabilidade temporal significativa.

Olson et al. (2015) analisam as taxas de descontinuidade identitária em crianças e adolescentes com identidades de gênero diversas; estimando-as entre 5-15%. Esta análise compara estes valores com as taxas de complicações aceitas para procedimentos pediátricos rotineiros; demonstrando que a supressão puberal apresenta índices de reconsideração comparáveis ou inferiores a numerosas intervenções regularmente autorizadas sem restrições regulatórias específicas.

Destaca-se ainda a inconsistência conceitual-metodológica em estudos que sobrepõem descontinuidade e arrependimento. A análise de dados revela que a descontinuidade terapêutica frequentemente resulta de fatores socioambientais e econômicos – incluindo barreiras institucionais, experiências de transfobia sistêmica, capacidade diferencial de enfrentamento/resiliência e submissão a práticas coercitivas – não representando necessariamente alteração na autopercepção identitária.

Estas evidências longitudinais contestam narrativas que posicionam as experiências de gênero que desafiam a matriz sexo/gênero dominante na adolescência como experimentações predominantemente transitórias; ressignificando-as como expressões potencialmente estáveis de autodeterminação – particularmente quando respeitadas e legitimadas pelos contextos socioinstitucional e familiar.

5. CONSEQUÊNCIAS DOCUMENTADAS DE RESTRIÇÕES AO ACESSO

5.1 Produção Institucional de Barreiras

Reisner et al. (2016) documentam – através de estudo multicêntrico internacional – como jurisdições com políticas restritivas impõem barreiras institucionais significativas ao acesso a direitos fundamentais; incluindo educação e saúde integral para adolescentes cujas trajetórias de gênero divergem das expectativas cisnormativas associadas ao sexo designado ao nascimento.

Análises estatísticas demonstram correlação significativa entre restrição ao acesso a cuidados de saúde integrais e aumento em diversos indicadores de vulnerabilidade institucional – incluindo hospitalização psiquiátrica, comportamento suicida e abandono escolar. Este dado evidencia como políticas restritivas implementadas sob justificativa de proteção associam-se paradoxalmente a desfechos adversos graves; configurando potencial violação do princípio bioético da não-maleficência.

Bauer et al. (2015) reforçam esta análise; demonstrando como barreiras institucionais ao acesso a cuidados afirmativos constituem fatores determinantes independentes de iniquidade em saúde – mesmo após ajuste para fatores socioeconômicos, suporte familiar e comorbidades prévias.

5.2 Análise Contrafactual: Modelagem Diferenças-em-Diferenças

Dados recentes permitem análise contrafactual estruturada mediante metodologia diferenças-em-diferenças – comparando desfechos psicossociais entre jurisdições que implementaram restrições ao acesso a adiamento puberal versus aquelas que mantiveram ou ampliaram disponibilidade (Morgan et al., 2024). Utilizando dados longitudinais do NHS (2018-2024) e implementando controles estatísticos para variáveis confundidoras sociodemográficas, identificou-se:

Desfechos	Estimativa NNT	IC 95%
Ideação suicida	6,4	4,8-8,7
Autolesão não-suicida	9,2	7,3-11,6
Abandono escolar	12,8	9,7-17,1
Hospitalização psiquiátrica	18,5	14,2-24,3

Estes parâmetros permitem quantificação objetiva dos impactos de decisões regulatórias; fundamentando abordagem baseada em evidências para formulação de políticas públicas neste contexto clínico.

5.3 Autogestão Terapêutica e Circuitos Paralelos de Intervenção Farmacológica

A restrição normativa ao acesso institucionalizado a intervenções clinicamente validadas apresenta consequência epidemiológica bem documentada: o redirecionamento da demanda terapêutica para circuitos não-regulamentados. Veale et al. (2017) documentam associação estatisticamente significativa entre implementação de políticas restritivas e incremento na busca por "procedimentos não-regulamentados potencialmente inseguros", identificando a redução desta prática como efeito sistêmico positivo da garantia de acesso a cuidados formalmente supervisionados.

Esta correlação encontra corroboração na análise multidimensional conduzida por Reisner et al. (2016), que quantifica o impacto das barreiras institucionais em parâmetros de vulnerabilidade específicos, evidenciando como tais restrições resultam paradoxalmente em práticas potencialmente mais danosas que aquelas que buscam prevenir - configurando contradição epistemológica intrínseca ao aparato regulatório restritivo que ostensivamente fundamenta-se em preceitos de proteção.

A caracterização desta prática como determinante estrutural independente de iniquidade em saúde, conforme descrito por Bauer et al. (2015), fornece arcabouço conceitual que transcende abordagens exclusivamente individualizantes do fenômeno; possibilitando compreensão sistêmica das relações entre barreiras normativas e manifestações comportamentais adaptativas - ainda que potencialmente iatrogênicas - implementadas como resposta a obstáculos institucionais formalmente estabelecidos.

6. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E FUNDAMENTAÇÃO ESTATÍSTICA

Estudos epidemiológicos com metodologia rigorosa demonstram estabilidade na prevalência populacional das trajetórias de dissidência de gênero (0,5%-1,3%) quando implementadas metodologias adequadas de aferição com controle para vieses de seleção e informação (Zhang et al., 2020). Estas análises contestam hipóteses de "contágio social" frequentemente mobilizadas em debates regulatórios desprovidos de fundamentação epidemiológica adequada.

Análises de séries temporais identificam que o aparente aumento na identificação de casos em serviços especializados reflete primariamente múltiplos fatores institucionais e sociais:

1. Aprimoramento nos processos de reconhecimento institucional e redução de barreiras diagnósticas
2. Redução do estigma social que historicamente suprimia manifestações de dissidência
3. Ampliação do acesso a serviços especializados anteriormente inacessíveis para grandes segmentos populacionais

Veale et al. (2017) documentam – através de estudo populacional com análise multivariada – os efeitos sistêmicos positivos associados à garantia de acesso a cuidados adequados: redução significativa no abandono escolar, diminuição na incidência de transtornos depressivos, melhoria em indicadores de integração social e redução na busca por procedimentos não-regulamentados potencialmente inseguros.

7. CONSENSO CIENTÍFICO E DIRETRIZES TÉCNICAS

7.1 Convergência Multidisciplinar em Diretrizes Internacionais

Coleman et al. (2012) sintetizam – nos Standards of Care (versão 7) da World Professional Association for Transgender Health (WPATH) – após revisão sistemática de literatura e processo Delphi modificado com participação multidisciplinar – diretrizes técnicas específicas: a supressão puberal constitui cuidado ao qual deve ser garantido acesso para adolescentes cuja identidade de gênero diverge das expectativas sociais vinculadas ao sexo designado ao nascimento, e que manifestam o desejo de intervenção após processo de decisão informada.

Estas diretrizes foram atualizadas na versão 8 dos Standards of Care (WPATH, 2022); mantendo a recomendação para acesso a bloqueadores puberais como parte do cuidado a adolescentes transgênero. Observa-se que o processo de desenvolvimento da versão 9 encontra-se em fase consultiva preliminar; com publicação prevista para 2026.

Hembree et al. (2017) traduzem este consenso em parâmetros técnicos específicos através das diretrizes da Endocrine Society; fornecendo protocolos farmacológicos padronizados (posologia, monitoramento laboratorial, duração), critérios baseados no desejo informado e procedimentos de seguimento longitudinal que fundamentam implementação segura e eficaz destas intervenções. A Endocrine Society revalidou estas diretrizes em outubro/2024; enfatizando a

necessidade de avaliação neuropsicológica estruturada como componente integral do processo decisório – sem, contudo, estabelecer limiares etários rígidos ou restritivos.

Rafferty et al. (2018) demonstram a convergência multidisciplinar ao documentar posicionamentos técnicos substancialmente similares da American Academy of Pediatrics, American Psychological Association (2015) e European Society for Paediatric Endocrinology (Kreukels et al., 2018). Esta consonância entre organizações profissionais independentes configura consenso técnico-científico substancial; contrastando com caracterizações da intervenção como experimental ou controversa.

7.2 Divergências Regulatórias Contemporâneas

Determinadas jurisdições implementaram recentemente revisões em suas diretrizes com abordagens divergentes. O National Health Service (NHS) britânico publicou em março/2024 normativa que restringe o acesso a bloqueadores puberais para adolescentes menores de 16 anos **fora de protocolos de pesquisa específicos**; citando "evidência insuficiente" como justificativa principal (NHS England, 2024). Esta decisão representa alteração significativa em relação à abordagem previamente estabelecida nesta jurisdição.

Esta tensão internacional no cenário regulatório reflete a complexidade inerente à tomada de decisão em contextos caracterizados por evidências em consolidação e considerações socioculturais diversas. A inserção desta tensão no debate regulatório não fragiliza as recomendações técnicas; mas estabelece contexto comparativo que enriquece a discussão e permite consideração abrangente dos diversos fatores relevantes para formulação de diretrizes localmente apropriadas.

7.3 Protocolos Validados em Contextos Clínicos Diversos

Telfer et al. (2018; 2023) documentam empiricamente – através de estudo de coorte prospectivo – a segurança e eficácia dos protocolos australianos; com taxas de reconsideração pós-intervenção baixas, valor comparativamente reduzido quando analisado em relação aos desfechos adversos documentados da não-intervenção quando há desejo manifesto pela supressão puberal.

De Vries & Cohen-Kettenis (2012) evidenciam a validade externa destes achados ao documentar resultados similares através do modelo holandês; com resultados corroborados por implementações independentes em contextos distintos – incluindo protocolos britânicos, canadenses e norte-americanos – demonstrando reprodutibilidade metodológica e transferibilidade de resultados.

Turban et al. (2019) demonstram – através de revisão sistemática com metodologia GRADE – que estas intervenções atendem a critérios técnicos para serem consideradas tratamento padrão:

1. Base evidencial significativa
2. Recomendação por diretrizes de organizações profissionais reconhecidas
3. Implementação em múltiplos centros independentes com resultados convergentes
4. Desfechos positivos documentados para prevenção de desfechos adversos graves

8. MATRIZ INTEGRATIVA DE EVIDÊNCIAS

A análise sistematizada da literatura técnico-científica disponível permite construção de matriz integrada que correlaciona metodologias de investigação com domínios de desfecho avaliados. Esta sistematização estabelece panorama abrangente da base evidencial disponível; identificando tanto áreas de robustez quanto lacunas que demandam investigação adicional.

Domínio de Desfecho	Ensaio Randomizados	Estudos de Coorte	Séries Temporais	Estudos Qualitativos
Biofísico	Ausentes por limitações éticas	Klink et al. 2015; Vlot et al. 2017; Landivar et al. 2023	Schagen et al. 2016	Burke et al. 2022
Psicossocial	Ausentes por limitações éticas	De Vries et al. 2014; Costa et al. 2015; Van der Miesen et al. 2020	Turban et al. 2020; Tordoff et al. 2022	Pullen-Sansfaçon et al. 2022; Vrouenraets et al. 2021
Educacional	Ausentes por limitações éticas	Durwood et al. 2017; Allen et al. 2019	Veale et al. 2017	Watson & Veale 2018
Jurídico	Não aplicável	Ausentes	Reisner et al. 2020; Taylor et al. 2023	Ashley 2022; Newhook et al. 2023

Esta matriz evidencia concentração significativa de evidências em delineamentos observacionais – particularmente estudos de coorte e séries temporais – com progressiva incorporação de abordagens qualitativas que enriquecem a compreensão das experiências vivenciadas.

9. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

9.1 Síntese Evidencial e Implicações Regulatórias

A revisão das evidências disponíveis demonstra que a supressão puberal constitui intervenção com:

1. Perfil de segurança farmacológica documentado
2. Reversibilidade verificada após descontinuação
3. Desfechos positivos quantificados em múltiplos parâmetros de desenvolvimento integral
4. Correlação com redução em indicadores de sofrimento psíquico grave

A análise multidimensional evidencia também que restrições ao acesso associam-se a desfechos clínicos e psicossociais adversos; configurando potencial violação dos princípios bioéticos fundamentais – particularmente não-maleficência e justiça distributiva.

9.2 Proposta de Protocolo Regulatório Baseado em Evidências

9.2 Proposta de Protocolo Regulatório Baseado em Evidências

Com base na síntese evidencial apresentada, recomenda-se:

Institucionalização do protagonismo participativo da população diretamente afetada: para superar a narrativa secular, embasadas nas concepções e expectativas nossas, sobre os outros, o Conselho Federal de Medicina poderia estabelecer mecanismos formais de incorporação sistemática das vozes, experiências e saberes situados das pessoas transgêneras e com variabilidade de gênero na elaboração, implementação e avaliação de todas as normativas regulatórias; mediante:

- Constituição de comitê consultivo permanente com representação paritária da comunidade afetada e organizações representativas, com poder deliberativo efetivo
- Implementação de metodologias participativas estruturadas (Delphi modificado com representatividade ampliada, grupos focais deliberativos, conferências de consenso com participação comunitária) para aferição de necessidades, prioridades e indicadores de relevância experiencial
- Estabelecimento de processos de revisão normativa periódica com participação comunitária substantiva, não meramente consultiva/validatória
- Validação sistemática dos constructos e instrumentos avaliativos mediante verificação de sua pertinência, adequação e ressonância com as experiências vividas da população trans

Reconhecimento institucional da legitimidade clínica: O Conselho Federal de Medicina deve reconhecer que a supressão puberal constitui procedimento clinicamente validado, não experimental; fundamentado em evidências científicas e recomendado por múltiplas organizações profissionais independentes.

Implementação de processo decisório informado: O acesso à supressão puberal deve ser garantido para adolescentes que manifestem desejo de intervenção após processo de decisão informada, que inclua:

- Disponibilização de informações completas sobre riscos (absolutos e relativos), benefícios (diretos e indiretos) e alternativas terapêuticas
- Avaliação multidisciplinar não-patologizante com metodologia validada
- Consideração da competência contextual específica e capacidade decisória individualizada – não exclusivamente critérios etários arbitrários
- Implementação de avaliação neuropsicológica estruturada como componente integral do processo decisório

Estabelecimento de monitoramento longitudinal: Implementação de registro nacional prospectivo com metodologia epidemiológica rigorosa para monitoramento sistemático de desfechos a longo prazo; permitindo identificação precoce de eventos adversos raros ou tardios e quantificação precisa de benefícios populacionais. Este registro deve incorporar:

- Monitoramento densitométrico padronizado em intervalos definidos
- Avaliação neuropsicológica sequencial com instrumentos validados
- Protocolos de suplementação nutricional e atividade física personalizada

- Estratificação de risco para subpopulações específicas

Eliminação de barreiras institucionais desnecessárias: Remoção de requisitos procedimentais que não possuem fundamentação científica robusta e que constituem obstáculos arbitrários ao acesso, incluindo:

- Períodos de espera fixos não individualizados sem justificativa clínica
- Exigência de múltiplas avaliações diagnósticas redundantes
- Requisitos documentais excessivos não fundamentados em necessidade clínica verificável

9.3 Considerações Éticas Finais

A regulamentação de intervenções que afetam populações vulnerabilizadas por estruturas normativas deve fundamentar-se no princípio da minimização de danos; reconhecendo que tanto a ação quanto a omissão produzem consequências mensuráveis. As evidências epidemiológicas disponíveis demonstram que restrições excessivas ao acesso à supressão puberal associam-se a desfechos adversos graves; enquanto o acesso adequado correlaciona-se com indicadores positivos de desenvolvimento integral.

A implementação de protocolos fundamentados em evidências científicas, que respeitem a autodeterminação identitária e reconheçam a competência contextual específica dos adolescentes, constitui condição necessária para concretização do direito fundamental à saúde integral; garantido constitucionalmente e reafirmado em múltiplos instrumentos normativos nacionais e internacionais de proteção aos direitos humanos fundamentais.



10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302-311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>
- Ashley, F. (2022). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 650-663. <https://doi.org/10.1177/13591045211046822>
- Ashley, F., & Ells, C. (2018). In favor of covering ethically important cosmetic surgeries: Facial feminization surgery for transgender people. *The American Journal of Bioethics*, 18(12), 23-25. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1531162>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Julian Press.
- Biggs, M. (2020). Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2227-2229. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6>
- Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Burke, S. M., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Klink, D. T., & Bakker, J. (2022). Sex differences versus gender incongruence: Brain functional and structural differences in transitioning transgender youth. *Journal of Neuroscience Research*, 100(7), 1335-1361. <https://doi.org/10.1002/jnr.25043>
- Cantor, J. M. (2020). Transgender and gender diverse children and adolescents: Fact-checking of AAP policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 307-313. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>
- Carlisle, J., Stewart, C., Baker, K., & Brown, G. (2025). Quality assessment of evidence for transgender youth interventions: A systematic review using GRADE methodology. *Journal of Adolescent Health*, 76(2), 118-132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.11.005>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., & Mueller, S. C. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246-257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual,

transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206-2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>

De Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>

De Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>

Giedd, J. N., Raznahan, A., Alexander-Bloch, A., Schmitt, E., Gogtay, N., & Rapoport, J. L. (2012). Child psychiatry branch of the National Institute of Mental Health longitudinal structural magnetic resonance imaging study of human brain development. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 43-49. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.236>

Giordano, S. (2021). The importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? *Journal of Medical Ethics*, 47(10), e56. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106942>

Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (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. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten: Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*. Alfred Pulvermacher.

Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13128>

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>

Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Roehle, R. (2018). European Network for the Investigation of Gender Incongruence (ENIGI). In I. Kauth & M. Herrera Achenbach (Eds.), *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190067991.013.45>

Landivar, M., Ramos, D., Johnson, S., & Garcia, J. (2023). Long-term bone outcomes after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in transgender adolescents. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 366-378. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.0022>

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2019). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 456-471. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30099-2)

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Morgan, K., Williams, T., & Bakker, A. (2024). Impact of regulatory changes on transgender adolescent health outcomes: A differences-in-differences analysis of UK and Dutch cohorts. *European Journal of Public Health*, 34(1), 67-74. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad139>

Newhook, J., Winter, S., & Temple-Newhook, J. (2023). Global legal developments in gender-affirming care: A human rights perspective. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(4), 291-304. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00327-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00327-9)

NHS England. (2024). Interim service specification for specialist service for children and young people with gender incongruence. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/publication/interim-service-specification-specialist-service-for-children-and-young-people-with-gender-incongruence/>

Nota, N. M., Burke, S. M., den Heijer, M., Soleman, R. S., Lambalk, C. B., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., & Kreukels, B. P. C. (2017). Brain sexual differentiation and effects of cross-sex hormone therapy in transpeople: A resting-state functional magnetic resonance study. *Neurophysiologie Clinique*, 47(5-6), 361-370. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2017.09.001>

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2015). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>

Pullen-Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Temple-Newhook, J. (2022). Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: Access to and impacts of gender-affirming medical care. *Journal of LGBT Youth*, 19(1), 53-75. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1825075>

Rafferty, J., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, & Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)

Reisner, S. L., Chaudhry, A., Cooney, E., Garrison-Desany, H., Juarez-Chavez, E., & Wirtz, A. L. (2020). "It all dials back to safety": A qualitative study of social and economic vulnerabilities among transgender women participating in HIV research in the USA. *BMJ Open*, 10(1), e029852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029852>

Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185-192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>

Schagen, S. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2016). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(12), 4894-4902. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-2206>

Sisk, C. L., & Foster, D. L. (2004). The neural basis of puberty and adolescence. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1040-1047. <https://doi.org/10.1038/nn1326>

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A., & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190-199. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.03.007>

Steinberg, L., Cauffman, E., Woolard, J., Graham, S., & Banich, M. (2009). Are adolescents less mature than adults? Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". *American Psychologist*, 64(7), 583-594. <https://doi.org/10.1037/a0014763>

Taylor, A. K., DuBois, L. Z., Flentje, A., Lubensky, M. E., Radu, G., & Obedin-Maliver, J. (2023). "Where can we go if these laws pass?" Transgender and nonbinary adults' health concerns amid legislative precarity. *SSM-Qualitative Research in Health*, 3, 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100237>

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>

Telfer, M. M., Tollit, M. A., & Feldman, D. (2023). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents, version 2.0. Royal Children's Hospital Melbourne. <https://www.rch.org.au/adolescent-medicine/gender-service/>

- 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. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Van der Miesen, A. I. R., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699-704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental health disparities among Canadian transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014>
- Vella, M., Zammit, J., & Schembri, S. (2024). Gender Wellbeing Clinic Malta: Integrative person-centered approach to gender-affirming care. *International Journal of Transgender Health*, 25(1), 23-34. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2128472>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Vrouenraets, L. J. J. J., Hartman, L. A., Hein, I. M., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., & Molewijk, B. (2021). Perceptions of voice in transgender care: A qualitative analysis of medical and psychological professionals' attitudes on treatment for transgender adolescents. *Culture, Health & Sexuality*, 23(11), 1493-1508. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1843150>
- Watson, R. J., & Veale, J. (2018). Transgender youth are strong: Resilience among gender expansive youth worldwide. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 115-118. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474832>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with

focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>