

## **Parecer Técnico-Científico da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC), sobre os Projetos de Lei 479/XVII/1ª (CDS-PP) e 486/XVII/1ª (PSD)**

*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)*

A Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica vem apresentar um novo parecer dirigido aos dois projetos de lei submetidos pelo CDS-PP e pelo PSD, à semelhança do elaborado sobre o projeto de lei apresentado pelo partido CHEGA.

A SPSC considera que as propostas legislativas em análise não representam apenas um recuo administrativo e a medida de proteção que argumentam. Estas são sobretudo um ataque direto à saúde mental e à sobrevivência de uma das populações mais vulneráveis da sociedade portuguesa. Estes projetos representam um desfasamento deliberado das práticas de saúde baseadas na autodeterminação e no respeito pela identidade. Enquanto o CDS-PP opta por uma via proibicionista que criminaliza, por analogia, atos médicos, o PSD opta por uma via de retrocesso burocrático que retira ao indivíduo a primazia sobre a sua própria identidade. Ambas as propostas, ao ignorarem o impacto positivo da afirmação de género na saúde mental, colocam em risco a integridade dos cidadãos que visam, teoricamente, proteger.

Apresenta-se uma análise baseada na evidência de ambas as propostas, focando de seguida no impacto a nível de saúde mental que resultará de uma eventual implementação das mesmas.

### **1. A proposta do CDS-PP implica riscos graves para a saúde da população jovem**

O Projeto de Lei do CDS-PP utiliza uma retórica de "proteção da integridade" para justificar uma medida que, na prática, constitui uma violação da integridade psíquica do menor e ataca os jovens que alegam proteger.

#### A. A comparação entre uma possível intervenção na disforia de género e a "castração química" está cientificamente e deontologicamente errada

O projeto estabelece uma ligação direta entre os bloqueadores hormonais e o sistema penal, citando que "*alguns destes bloqueadores hormonais são os mesmos utilizados para a castração química de pessoas (...) para os crimes de pedofilia*". Esta citação é utilizada para deslegitimar o uso clínico no contexto da disforia, ignorando as indicações clínicas aprovadas - nomeadamente, a disforia de género. Esta analogia é tecnicamente falsa e demagógica.

O bloqueio da puberdade através de análogos de GnRH é um processo totalmente reversível [12, 29]. A sua função não é anular a sexualidade, mas suspender temporariamente uma transformação biológica que, no caso da disforia, é vivida como uma agressão particularmente traumática. Comparar um tratamento de saúde mental, que visa reduzir o sofrimento, com uma pena acessória criminal é um insulto à prática pediátrica e endocrinológica baseada na evidência e que visa proteger a saúde física e mental dos jovens que sofrem de disforia de género.

### B. Uma puberdade dissonante da identidade traz sofrimento clínico importante

A proposta do CDS-PP afirma ainda que a evidência científica para o uso de análogos da hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) em menores *"tem sido crescentemente posta em causa"*, embora reconheça que estes medicamentos possuem *"indicações terapêuticas reconhecidas"* para outras patologias, como a *"puberdade precoce central"*.

Ao focar-se em casos de *"arrependimento"*, o projeto ignora a literatura que sustenta a melhoria da saúde mental e a redução da ideação suicida em jovens que acedem a cuidados de afirmação de género.

Forçar um menor a atravessar uma puberdade endógena contra a sua identidade é condená-lo a mudanças físicas irreversíveis (voz, estrutura óssea, pelos faciais ou desenvolvimento mamário) que irão agravar a disforia e exigirão intervenções cirúrgicas muito mais invasivas no futuro [1, 5].

A evidência dos benefícios na saúde mental das pessoas com disforia de género é clara: o acesso a bloqueadores reduz em 73% a probabilidade de ideação suicida [3]. Proibi-los é, estatisticamente, aumentar o risco de morte por suicídio entre jovens portugueses.

## **2. O retrocesso na autodeterminação social proposto pelo PSD é um regresso à patologização**

O PSD argumenta a favor da "segurança jurídica" e do "relatório clínico" para a alteração do registo civil. Esta visão é clinicamente obsoleta e socialmente prejudicial.

### A. Identidade não é doença

O projeto utiliza o termo "incongruência", remetendo em nota de rodapé para a "Classificação Internacional de Doenças (CID-11)" da Organização Mundial de Saúde. Contudo, utiliza esta referência para defender a necessidade de um "relatório clínico", ignorando que a CID-11 retirou precisamente a incongruência de género do capítulo das doenças mentais. A exigência de um relatório médico para mudar o nome ou o sexo no registo civil reintroduz a ideia de que a identidade de género é uma patologia que precisa de validação de terceiros.

A autodeterminação da identidade é um pilar da dignidade humana. A burocratização do reconhecimento legal da identidade do indivíduo, para além de uma violação de um direito básico, expõe o indivíduo a situações de escrutínio, e até humilhação diária em vários contextos do

quotidiano, nomeadamente em escolas, trabalho, cuidados de saúde e serviços públicos. O stress gerado por estas agressões reiteradas alimenta a depressão e a ansiedade [22, 26].

### B. A falácia da segurança jurídica

O PSD defende abertamente o regresso ao espírito da "Lei n.º 7/2011, de 15 de março", argumentando que a exigência de um relatório clínico representava uma "solução equilibrada" entre o direito individual e a "necessária segurança jurídica".

Não existe evidência de que o modelo de autodeterminação tenha causado instabilidade jurídica em Portugal desde 2018. Pelo contrário, a evidência demonstra que o acesso a documentos concordantes reduziu o sofrimento psicológico grave em 32% dos utentes [27].

## **3. Medidas proibitivas trazem impactos na saúde: análise detalhada da evidência**

### A. Impacto na prevenção do suicídio e sofrimento extremo

A proposta do CDS-PP alega a proteção das crianças, mas não apresenta evidência que aponte nesse sentido. Por outro lado, a ciência demonstra efetivamente que a proibição de bloqueadores remove a principal barreira contra o suicídio em jovens com disforia grave. Estudos prospetivos indicam que o acesso a estes cuidados associa-se a uma redução na ideação suicida que varia entre 26 e 73% [3, 21].

Impedir o tratamento farmacológico por lei, ou seja, para todos os casos independentemente da avaliação clínica, não vem atenuar o problema; pelo contrário, força o menor a sofrer uma puberdade biológica que atua como um trauma físico diário, elevando substancialmente as taxas de depressão e autolesão [1, 5]. A evidência já tinha demonstrado que a população *trans* apresenta disparidades marcadas em saúde mental, com prevalências de ideação suicida de 50%, tentativas de suicídio de 29%, e autolesão não-suicida de 47% [18].

A mera discussão de propostas que retiram direitos (como o acesso a cuidados de afirmação) gera um impacto psicológico mensurável. Adultos e jovens em ambientes legislativos que ameaçam os seus direitos apresentam um aumento de 167% na probabilidade de sintomas ansiosos [22].

### B. O direito à identidade e o erro da patologização

A SPSC opôs-se firmemente à proposta do PSD de reintroduzir relatórios clínicos para a alteração do registo civil. A identidade de género é uma vivência interna e individual, não uma doença mental que necessite de atestado médico para ter validade jurídica.

A autodeterminação no registo civil é uma medida de saúde pública. Ter documentos que correspondam à identidade vivida reduz o sofrimento psicológico grave em 32% e a ideação suicida em 22% [26, 27].

O argumento da "segurança jurídica" do PSD é usado para mascarar uma barreira administrativa que apenas serve para estigmatizar o utente, forçando-o a expor a sua intimidade a terceiros para obter um direito básico, aumentando conseqüentemente o seu sofrimento clínico [26].

### C. Riscos de saúde pública e segurança clínica

Uma análise cuidada de outras situações em que cuidados de saúde necessários foram proibidos, permite verificar que a anulação legal não faz com que a necessidade desapareça - apenas empurra as pessoas para soluções inseguras. A proibição proposta pelo CDS-PP levaria inevitavelmente ao aumento do uso de hormonas não prescritas e sem supervisão médica, aumentando riscos de saúde graves por falta de monitorização profissional [23, 24].

Ao impedir o bloqueio da puberdade, a lei estaria a promover que esses jovens desenvolvam características físicas que causam sofrimento extremo e que mais tarde exigirão cirurgias corretivas particularmente invasivas e dispendiosas, que poderiam ter sido evitadas com uma intervenção farmacológica atempada e reversível [1, 5, 17]. Além disso, estudos recentes confirmam que a maioria dos adolescentes com diagnóstico de disforia de gênero não inicia terapia hormonal nos dois anos seguintes ao diagnóstico, evidenciando barreiras sistêmicas ao acesso [28]. É da responsabilidade do estado assegurar que todas as pessoas têm acesso aos cuidados de saúde que efetivamente necessitam, minimizando o sofrimento, estigma e discriminação.

### D. Desfasamento crítico das normas internacionais

As propostas ignoram o consenso de instituições como a Endocrine Society e a WPATH. Estas entidades defendem que a melhor forma de proteger menores é através de cuidados afirmativos e multidisciplinares, e nunca através de proibições gerais que ignoram a individualidade de cada pessoa [8, 12, 19]. Todos os protocolos e *guidelines* reforçam a necessidade de seguimento multidisciplinar perante a realização de intervenções médicas, de forma a monitorizar resultados, efeitos adversos e priorização do bem-estar da pessoa.

Além disso, é importante denunciar o uso seletivo e deturpado de relatórios como a Cass Review para justificar proibições totais. O que a ciência recomenda é o reforço da investigação e do rigor clínico para melhor caracterizar a eficácia e segurança dos tratamentos, e não o abandono terapêutico de uma população que está atualmente em risco [30, 31]. As decisões tomadas a nível político por outros estados com base na análise deste estudo não invalidam que Portugal se mantenha a par da evidência clínica que mais beneficia a população, ao invés de legislar com base em princípios de falsa segurança que não protegem quem está mais em risco. Apesar das limitações reconhecidas pela própria evidência existente (maioritariamente provenientes de amostras pequenas e estudos observacionais, com seguimento a relativo curto prazo), numa área de difícil caracterização do estado da arte, não se pode ignorar a evidência crescente do benefício nos jovens com disforia de gênero tanto da utilização de tratamentos bloqueadores hormonais, como do acesso a leis de autodeterminação de gênero.

## **4. Conclusão: um apelo à responsabilidade legislativa**

A Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica não pode aceitar que a medicina seja usada como arma para restringir direitos, desvalorizando riscos na saúde mental das pessoas. Assim, é fundamental reiterar que:

1. **O acesso ao tratamento com bloqueadores salva vidas:** Em casos de disfonia persistente, podem ser uma arma terapêutica crucial que permite à pessoa jovem a ponderação necessária relativa ao seu futuro, sem o trauma de uma puberdade indesejada.
2. **Autodeterminação tem impacto direto positivo na saúde:** O reconhecimento legal sem entraves médicos é uma medida preventiva de saúde pública, que reduz o sofrimento e o estigma das pessoas com incongruência e disforia de gênero.
3. **A proibição absoluta não protege, de forma alguma, a população:** A evidência científica, nomeadamente a Cass Review e outras análises internacionais citadas, sugerem cautela e protocolos rigorosos – **e nunca a proibição total** [30, 31].

Legislar com base no medo ou no preconceito terá um custo real em vidas humanas. A PSC apela ao Parlamento que mantenha Portugal na vanguarda do respeito pelos direitos das pessoas *trans*, garantindo que a ciência sirva para cuidar e nunca para marginalizar.

#### Referências bibliográficas

1. Chen, D., Berona, J., Chan, Y. M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *The New England Journal of Medicine*, 388(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
2. Tornese, G., Di Mase, R., Munarin, J., Faleschini, E., Zanatta, C., & Barbi, E. (2025). Use of gonadotropin-releasing hormone agonists in transgender and gender diverse youth: A systematic review. *Frontiers in Endocrinology*, 16, 1555186. <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1555186>
3. 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>
4. 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>
5. 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>
6. Betsi, G., Goulia, P., Sandhu, S., & Xekouki, P. (2024). Puberty suppression in adolescents with gender dysphoria: An emerging issue with multiple implications. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1309904. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1309904>
7. Nos, A. L., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., Hisle-Gorman, E., Susi, A., & Gorman, G. H. (2022). Association of gonadotropin-releasing hormone analogue use with subsequent use of gender-affirming hormones among transgender adolescents. *JAMA Network Open*, 5(11), e2239758. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.39758>
8. 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 and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

9. Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl 2), s33–s47. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>

10. Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>

11. Miroshnychenko, A., Roldan, Y., Ibrahim, S., Engel, L., Engel, K., Engel, M., & Engel, P. (2025). Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 110(6), 429–436. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909>

12. 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*, 64(1), 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.03.016>

13. Olson, K. R., Raber, G. F., & Gallagher, N. M. (2024). Levels of satisfaction and regret with gender-affirming medical care in adolescence. *JAMA Pediatrics*, 178(12), 1354–1361. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4527>

14. Boskey, E. R., Scheffey, K. L., Pilcher, S., Janssen, A., & Chen, D. (2025). A retrospective cohort study of transgender adolescents' gender-affirming hormone discontinuation. *Journal of Adolescent Health*, 76(4), 584–591. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.11.002>

15. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)

16. Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of transgender persons. *The New England Journal of Medicine*, 381(25), 2451–2460. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1903650>

17. 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. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30099-2)

18. Hainey, K. J., Connolly, D. J., Thomson, R., Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2025). Mental health outcomes in transgender and nonbinary people: An umbrella review. *JAMA Psychiatry*, 82(11), 1142–1151. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1850>

19. Dakkak, M., Kriegel, D. L., II, & Tauches, K. (2023). Caring for transgender and gender-diverse people: Guidelines from WPATH. *American Family Physician*, 108(6), 626–629.

20. Bockting, W. O., Chang, S., Ducheny, K., Ehrbar, R. D., Garofalo, R., Hendricks, M. L., Knudson, G., Leibowitz, S., Lev, A. I., Rachlin, K., & Teich, N. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. American Psychological Association.

21. Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 643–649. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036>
22. Restar, A., Layland, E. K., Hughes, L., Adams, N., Bauer, G. R., Chyten-Brennan, J., & Scheim, A. I. (2024). Antitrans policy environment and depression and anxiety symptoms in transgender and nonbinary adults. *JAMA Network Open*, 7(8), e2431306. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.31306>
23. Porsch-Ortega, L., & Henderson, S. B. (2025). The harmful effects of legislative restrictions on gender affirming hormone therapy in Florida and Missouri: Challenges for patients and providers. *PLOS ONE*, 20(7), e0329075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329075>
24. Mann, S., & Barbee, H. (2025). Public health and ethical risks of rollbacks on Medicaid coverage for gender-affirming care. *JAMA*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.12039>
25. Cronin, B., & Stockdale, C. K. (2021). Health care for transgender and gender diverse individuals (Committee Opinion No. 823). *American College of Obstetricians and Gynecologists*.
26. Scheim, A. I., Restar, A. J., Zubizarreta, D., Bauer, G. R., & Perez-Brumer, A. G. (2025). Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 378, 118147. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118147>
27. 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. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
28. Locke, E. R., Highland, K. B., Thornton, J. A., Schvey, N. A., Klein, D. A., & Adirim, T. A. (2024). Time to gender-affirming hormone therapy among US military-affiliated adolescents and young adults. *JAMA Pediatrics*, 178(10), 1049–1056. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.2835>
29. Allen, N. G., Krishna, K. B., & Lee, P. A. (2021). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 33(4), 442–448. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001026>
30. Cheung, C. R., Abbruzzese, E., Lockhart, E., Maconochie, I. K., & Kingdon, C. C. (2025). Gender medicine and the Cass Review: Why medicine and the law make poor bedfellows. *Archives of Disease in Childhood*, 110(4), 251–255. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327994>
31. McDeavitt, K., Cohn, J., & Levine, S. B. (2025). Critiques of the Cass Review: Fact-checking the peer-reviewed and grey literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 51(2), 175–199. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2455133>