



Recomendações sobre abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes

Grupo de trabalho:

Ana Teresa Prata¹, Carla Araújo², Catarina Cordovil³, Maria Laureano, Otília Queirós, Sandra Borges

Índice:

- Enquadramento
- Metodologia
- Definições
- Desenvolvimento psicosexual
- Etiologia
- Epidemiologia
- Comorbilidades
- Recomendações Clínicas
- Equipas Especializadas

Glossário de Abreviaturas:

CID - Classificação Internacional das Doenças

DG - Disforia de Género

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IG - Incongruência de Género

EE - Equipa Especializada

F>M - Feminino para Masculino

M>F - Masculino para Feminino

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

SNS - Sistema Nacional de Saúde Português

Enquadramento:

1- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 3- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 4- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar universitário de Coimbra; 5- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar do Porto; 6- Pedopsiquiatra, Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, coordenadora do Grupo de Trabalho.



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Após a reunião de consenso sobre a diversidade de género, organizada pelo Colégio da Competência de Sexologia da Ordem dos Médicos, ocorrida em 9/10/2017 na Ordem dos Médicos de Lisboa, entendeu o Sr. Presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Dr. Paulo Santos, constituir um grupo de trabalho que produzisse orientações para as melhores práticas, a nível nacional, no que concerne a abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes. O presente documento resulta dessa reunião.

Metodologia:

Foram realizadas quatro reuniões presenciais, com todos os elementos do grupo, para organização dos trabalhos, análise dos resultados e definição de consensos.

Revisão sistemática da literatura, utilizando uma pesquisa bibliográfica com as seguintes palavras-chave: *transgender, transsexualism, gender identity disorder, sex reassignment, social transition, intersex in children and/or adolescents*. Com os seguintes critérios: inglês, francês, português e alemão; publicado nos últimos 20 anos; tipos de artigos: Metanálises, Revisões sistemáticas, Séries de casos

Foram avaliados 302 resumos, tendo sido excluídos 185 pela sua irrelevância. Foram, portanto, selecionados 117 artigos.

Definições: (Moleiro et al., n.d.) (Bonifacio & Rosenthal, 2015) (Lee & Houk, 2013) (Vance, Ehrensaft, & Rosenthal, 2014) (Forcier & Olson-Kennedy, 2017)

Sexo biológico: atributos biológicos e anatómicos associados à feminilidade e à masculinidade (cromossomas sexuais, gónadas, hormonas sexuais e órgãos sexuais externos e internos).

Sexo atribuído à nascença: sexo que é atribuído na altura do nascimento, através da observação dos órgãos genitais do/a bebé (observação do fenótipo), que transmitem uma possibilidade daquele ser se tratar de um macho ou fêmea, pressupondo concordância com o género.

Género: características comportamentais, culturais e psicológicas associadas à feminilidade e à masculinidade ou uma combinação de ambos.

Identidade de género: noção subjetiva e sentimento individual de pertença ao género masculino, feminino ou outro.

Papel de género: comportamentos, atitudes e traços de personalidade que, numa determinada sociedade e durante um período histórico, são considerados como tipicamente masculinos ou femininos.



Expressão de gênero: qualquer forma de expressão através da qual cada pessoa manifesta a sua pertença de gênero, por exemplo, através da sua estética (e.g., vestuário, penteado, barba) ou da linguagem que usa para se referir a si (e.g., pronomes e nomes)

Não conformidade de gênero: quando a identidade, expressão e o papel de gênero não são congruentes com o sexo atribuído à nascença.

Cisgênero: quando existe conformidade entre a identidade de gênero e o sexo atribuído à nascença.

Trans: termo que designa indivíduos não cisgênero.

Orientação sexual: resposta ao estímulo sexual de um indivíduo de acordo com a sua preferência sexual em termos de gênero

Nosologia:

Ao longo das últimas décadas, tem-se assistido a uma progressiva despatologização das questões da diversidade de gênero. Neste sentido, os manuais de classificação de doenças usadas em saúde mental (DSM e CID) têm vindo ao encontro dessa tendência, alterando as terminologias. Transexual ou Perturbação de Identidade de Género são termos que estão a cair em desuso. Atualmente, a DSM-5 substituiu Perturbação de Identidade de Género por Disforia de Género (DG), colocando ênfase no mal-estar e sofrimento vivenciado pela marcada incongruência de gênero e sexo atribuído. Em relação à CID-11, encontra-se em elaboração, sendo que a proposta atual inclui a introdução do termo Incongruência de Género (IG) na Infância e na Adolescência.

Desenvolvimento Psicosssexual:

A identidade de gênero é a noção subjetiva que alguém tem de si próprio como sendo do gênero masculino ou feminino, sem que isso esteja na dependência da genitália ou cromossomas sexuais que apresenta. A construção desta dimensão de si ocorre progressivamente ao longo do desenvolvimento psicológico e sexual de cada pessoa. É importante sublinhar que a identidade de gênero não é uma conceptualização dicotómica/binária (masculino vs. feminino), como era pensado no passado, mas sim um conceito dimensional (*continuum* entre o feminino e o masculino). (Singh et al., 2010)

O desenvolvimento da identidade de gênero é um processo complexo, que ocorre pela interação entre fatores individuais biológicos, fatores do ambiente familiar e social (interação com os pais, pares e ambiente onde a criança se insere) e onde aspetos cognitivos e afetivos são também importantes.

A percepção da existência de géneros parece surgir ainda antes dos 2 anos. Bebés de 6 meses de idade conseguem discriminar faces e vozes pelo sexo. Aos 10 meses de idade,



os bebés estão aptos a formar associações estereotipadas entre as faces masculinas ou femininas e objetos típicos de cada género, sugerindo a existência de uma forma primitiva de estereótipos. (Levy e HAAF, 1994) (Stieglitz, 2010) (Fridell, Owen-Anderson, Johnson, Bradley, & Zucker, 2006) (Martin & Ruble, 2010) Entre os 2 anos e meio e os 3 anos de idade surge o autorreconhecimento inicial da sua identidade de género. Entre os 3 e os 4 anos, a autoafirmação da identidade de género torna-se mais consistente, de forma que a partir dos 5 anos de idade parece começar a cristalizar o construto no próprio. Contudo, antes da presença do pensamento operante (entre os 5 e os 7 anos), as crianças tendem a confundir os construtos sexo e género com a expressão de papel de género superficial. (Drescher & Byne, 2012). Durante estes anos, até ao início da idade escolar (6 anos), as crianças do género masculino envolvem-se preferencialmente em atividades lúdicas socialmente atribuídas ao género masculino (estereotipadas com a ideia de papel de género masculino), e as crianças do género feminino por sua vez envolvem-se também de forma preferencial em atividades lúdicas socialmente atribuídas ao género feminino (estereotipadas com a ideia de papel de género feminino). Desconhece-se, no entanto, a direção do efeito, mas não se tratará de uma situação mutuamente exclusiva. (Möller, Schreier, Li, & Romer, 2009)

Durante a idade escolar, as crianças parecem apresentar maior flexibilidade na compreensão dos comportamentos associados ao género, mas a maioria das crianças mantém preferência por atividades típicas do género com que se identificam (Serbin, 1993), tendendo a excluir e rejeitar as crianças que se desviem significativamente da norma. (Zucker, 1995)

A construção de uma identidade de género não concordante, com ou sem disforia de género, ainda que esteja associada a um elevado nível de stress, não é causada por psicopatologia ou pela presença de doença mental. (Peate, 2008)

Durante a adolescência, o desenvolvimento físico e dos caracteres sexuais secundários inerentes, contribui para um aumento da ansiedade transversalmente em todos os adolescentes. No entanto, nos jovens trans, a ansiedade experienciada tem sido reportada como superior e mais deletéria, contribuindo para dificuldades de concentração, escolares, relacionais, de aprendizagem e sociais. Os adolescentes que apresentam identidade de género não concordante com o género atribuído à nascença, têm maiores dificuldades em ligarem-se de forma romântica e socialmente com os pares quando não se apresentam no género com o qual se identificam. (Peate, 2008) (de Vries, Steensma, Cohen-Kettenis, VanderLaan, & Zucker, 2016)



Apesar da identidade de gênero e da orientação sexual serem construtos interligados, são independentes, pelo que a identidade de gênero de um jovem em nada nos informa sobre a sua orientação sexual à partida.

Importa sublinhar que a orientação sexual ou identidade de gênero dos pais não afeta a identidade de gênero e a orientação sexual das crianças. (Weber, 2010)

Não existe uma história biográfica típica nas situações de identidade de gênero não concordante ou nos quadros de disforia de gênero em crianças e adolescentes: alguns continuam a experienciar disforia de gênero durante o crescimento e transição para a idade adulta, enquanto outros deixam de o sentir. (Zucker, 2010) A posição clínica, em relação a comportamentos atípicos de gênero, de não validação desse comportamento sem uma investigação completa da história clínica da criança/jovem, passando pela defesa do argumento de que se trata apenas de uma “fase” (“*que a criança/adolescente irá crescer e que isso desaparecerá*”), é uma má orientação clínica, que pode resultar num atraso na referenciação, avaliação e eventual intervenção terapêutica. (Möller et al., 2009)

Paralelamente, as terapias de reconversão (tanto a nível de orientação sexual como de identidade de gênero) estão contraindicadas porque existe evidência de que podem induzir dano, sendo eticamente reprováveis. (Olson, Forbes, & Belzer, 2014) (UKCP, 2014) (APA Task Force, 2009) (Turban, Zucker Professor, Gillian Laub, & Monde, 2014)

Etiologia:

A etiologia da identificação transgénero é desconhecida. No momento atual (2018), a evidência sugere o envolvimento de fatores/mecanismos psicossociais e biológicos (Turban, Zucker Professor, Gillian Laub, & Monde, 2014), mas não existe uma explicação fenomenológica clara e com evidência científica. Encontrar um único mecanismo que explique esta condição é improvável e a disforia descrita em indivíduos trans parece resultar da interação complexa entre fatores psicossociais e biológicos. (Steensma et al, 2013)

Fatores Biológicos

Estudos com gémeos sugerem um forte componente hereditário com contribuição de fatores ambientais. (Coolidge et al, 2002)

A hipótese da diferenciação sexual sugere que indivíduos trans podem ter estruturas e funcionamento cerebrais mais estreitamente alinhados com a sua identidade de gênero do que com seu gênero atribuído ao nascer (Swaab & Garcia Falgueras, 2009). Técnicas de neuroimagem mais recentes permitiram o estudo in vivo do cérebro, avaliando morfologia e



funcionamento de um maior número de adolescentes e adultos com sentimento de não-conformidade de género (Kreukels & Guillamon, 2016). No geral, os resultados de neuroimagem não são passíveis de serem interpretados como fatores causais. As hormonas sexuais, em particular os androgénios, desempenham um papel importante na diferenciação sexual do cérebro e nas diferenças comportamentais entre homens e mulheres. O efeito organizacional neurocerebral das hormonas sexuais é predominantemente pré-natal, mas também está presente durante a puberdade, levando às diferenças entre sexos nas estruturas cerebrais (Ruigrok et al, 2014; Giedd et al, 2012). Como resultado, a estrutura e a função dessas regiões apresentam-se alteradas, assim como o comportamento.

Não existe entendimento claro do *imprinting* hormonal na formação da identidade de género.

Fatores Psicossociais

Na literatura científica disponível encontra-se referência a fatores psicossociais como: o papel potencial das características parentais sobre o desenvolvimento da disforia de género (desejo materno por um filho do género oposto, ausência paterna e funcionamento psicológico dos pais, entre outros) (Steensma et al, 2013a);

No nosso entender, visto que nenhuma destas e outras hipóteses foram validadas, estes aspetos devem ser interpretados como correlatos e não como fatores causais no desenvolvimento da incongruência da identidade de género experienciada e da identidade de género atribuída ao nascer.

Epidemiologia:

Estima-se que a prevalência de identidade trans na infância e na adolescência se situe entre os 0.17% e 1.3% (Shields et al., 2013)(Connolly, Zervos, Barone, Johnson, & Joseph, 2016), valor substancialmente superior às estimativas iniciais, extrapoladas a partir do número de adultos que procuravam cirurgia de mudança de género e que se situava abaixo dos 0,015 % (Connolly et al., 2016) (Zucker, 2017).

Na infância as taxas são superiores nas crianças a quem foi atribuído o género masculino, na adolescência regista-se uma inversão com uma maior prevalência de adolescentes de género feminino atribuído à nascença (Zucker, 2017).

Regista-se um aparente aumento nas últimas décadas (a partir de 2000), com uma proliferação de indivíduos que se auto-identificam como trans (muito embora a prevalência de DG possa ser inferior à da autoidentificação como trans ((Zucker, 2017) tendo ocorrido,



em simultâneo uma inversão nos rácios relativamente ao género atribuído à nascença (M>F para F>M) (Steensma, Cohen-Kettenis, & Zucker, 2018).

As referências de crianças e adolescentes a clínicas especializadas aumentaram substancialmente. Desconhece-se até que ponto este aumento de referências corresponde a um real aumento da prevalência ou se apenas resulta da desestigmatização e despatologização dos fenómenos trans, a par da maior consciencialização das opções terapêuticas e do aumento de oferta de programas e de respostas especializadas (Zucker, 2017).

Comorbilidades:

Comparativamente aos pares, os adolescentes trans têm taxas superiores de depressão, comportamentos suicidários e autolesivos, assim como de perturbações do comportamento alimentar (Connolly et al., 2016)

Existem, no entanto, importantes variações nas taxas de comorbilidades entre diferentes clínicas especializadas o que pode estar relacionado com a utilização de diferentes metodologias e com questões socioculturais (Ristori & Steensma, 2016)

Uma parte significativa das comorbilidades parece ser secundária à inconformidade de género e melhorar com intervenções médicas. Alguns estudos longitudinais efetuados em clínicas especializadas constataram que, após intervenção, as taxas de alterações emocionais e do comportamento verificadas nesta população diminuíram significativamente, atingindo níveis semelhantes aos da população geral (de Vries et al., 2014)(Olson, Durwood, DeMeules, & McLaughlin, 2016). No entanto, e em contradição com estes estudos, uma análise retrospectiva efetuada numa amostra de adolescentes noutra clínica especializada (Kaltiala-Heino, Sumia, Työlajärvi, & Lindberg, 2015), constatou existência de psicopatologia grave precedendo o início de DG e uma elevada prevalência de PEA (26%), tendo concluído que as comorbilidades graves encontradas dificilmente poderiam ser consideradas secundárias à DG. Tem sido constatada uma prevalência significativamente superior de PEA em crianças e adolescentes com DG comparativamente à população em geral, no entanto a relação entre PEA e DG permanece pouco estudada (Ristori & Steensma, 2016)

Recomendações:



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Consideramos, com base na investigação e normas internacionais, que o exercício da Pedopsiquiatria em Portugal, na abordagem da diversidade de género na infância e adolescência, deverá reger-se pelos seguintes princípios:

1. Na avaliação clínica, recomenda-se que possam diagnosticar disforia de género/incongruência de género (DG/IG) em crianças e adolescentes, psiquiatras da infância e da adolescência, com experiência e que cumpram os seguintes critérios:
 - a. Domínio de conhecimento no campo do desenvolvimento psicossocial e psicopatologia de crianças e adolescentes;
 - b. Capacidade de efetuar diagnósticos psiquiátricos de acordo com as classificações internacionais das doenças em vigor (CID ou DSM);
 - c. Capacidade de realizar diagnóstico diferencial entre DG/IG e condições psiquiátricas e identificar comorbidades;
 - d. Capacidade de avaliar o indivíduo e o seu contexto sociocultural em termos de elegibilidade para iniciar procedimentos que visem a transição social e terapia hormonal afirmativa de género;
 - e. Conhecimento dos critérios para o tratamento hormonal com bloqueadores pubertários;
 - f. Capacidade de acompanhar e/ou referenciar para tratamento apropriado e individualizado;
 - g. Atualização frequente do conhecimento científico e das melhores práticas internacionais, e respetiva integração numa prática clínica assente na formação contínua, treino ou supervisão.
2. Uma avaliação diagnóstica abrangente de qualquer jovem deve incluir uma avaliação do desenvolvimento psicossocial adequada à idade.
3. Deve-se compreender os efeitos do estigma (preconceito, discriminação e violência) nos diferentes contextos de vida dos jovens trans, nomeadamente na escola, no trabalho e na família.
4. As dinâmicas familiares pertinentes para a vivência das questões de identidade e expressão de género devem ser exploradas no contexto dos valores culturais do jovem, da família e da comunidade. Fatores como etnia, religião, espiritualidade, valores devem ser considerados e respeitados na avaliação de cada caso.
5. Deve-se conhecer as condições clínicas e sociais mais comuns nas vidas das pessoas trans, reconhecer a associação das mesmas com o stress que decorre da estigmatização e questionar sobre as circunstâncias mais frequentes que conferem risco psiquiátrico acrescido em jovens trans.



6. Deve-se promover o desenvolvimento psicosssexual equilibrado dos jovens trans e proteger as competências individuais na formação da identidade e no funcionamento adaptativo.
7. Deve-se ter presente que as expressões de género são independentes da orientação sexual e da identidade de género. Para além disso devem distinguir as questões relacionadas com orientação sexual lésbica, gay e bissexual das questões relacionadas com a identidade de género, conceitos distintos, não patológicos mas sim expressões da diversidade da sexualidade humana.
8. Deve-se estar ciente de que existe evidência de que a orientação sexual ou a DG/IG não pode ser alterada através de terapia e que tentativas neste sentido podem induzir dano e são, portanto, eticamente reprováveis.
9. A não validação, dos comportamentos atípicos de género persistentes, sem uma investigação completa da história clínica da criança/jovem, pode resultar num atraso na referenciação, avaliação e eventual intervenção terapêutica, com consequências nefastas para a saúde mental e qualidade de vida.
10. Deve-se compreender as dificuldades específicas e necessidades desenvolvimentais de crianças e jovens com diversidade de género, entendendo que estes/as poderão (ou não) vir a identificar-se como trans na vida adulta.
11. Os profissionais de saúde devem estar conscientes das suas atitudes e crenças pessoais sobre a orientação sexual, das identidades e expressões de género e não permitir que estas interfiram na sua avaliação e intervenção com a população trans.
12. Os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar em consultadoria ou ligação com escolas, instituições comunitárias e outros serviços de saúde, na promoção da saúde e bem-estar e em defesa das necessidades específicas das crianças e jovens trans e das suas famílias.
13. Deve-se conhecer os recursos comunitários e profissionais relevantes para as crianças e adolescentes trans.

Equipas Especializadas:

Consideramos que a abordagem destas crianças e adolescentes deverá ser realizada por equipas especializadas (EE), constituídas por psiquiatra da infância e da adolescência, psicólogo clínico, endocrinologista pediátrico e assistente social (Dèttore et al., 2015) (Menvielle, 2012) (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Assim, sugerimos que sejam constituídas 3 equipas a nível nacional.

Desta forma, atendendo à formação base, que conjuga conhecimento pediátrico, cirúrgico e psiquiátrico, o psiquiatra da infância e da adolescência deverá ser o ponto central



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

das equipas, coordenando e conjugando os papéis dos membros da equipa com as necessidades das crianças/adolescentes e cuidadores. (Leibowitz & De Vries, 2016). Por princípio, o pedopsiquiatra da equipa acompanha o jovem, evitando a duplicação de intervenções, excetuando quando, por questões económicas, de distância ou preferência do próprio/família, o jovem mantém o pedopsiquiatra assistente prévio em articulação com a equipa de referência.

Tabela 1 - Intervenção multidisciplinar com crianças/adolescentes com DG/IG
(traduzido e adaptado de de Vries, Klink, & Cohen-Kettenis, 2016)

Referenciação clínica	<16 anos	16 – 18 anos	>18 anos
Fase de diagnóstico Sem intervenção orgânica	⇒ Eventual supressão puberdade Intervenções totalmente reversíveis	⇒ Eventual início da terapia hormonal Intervenções parcialmente reversíveis	⇒ Eventual início intervenções cirúrgicas Intervenções irreversíveis
Encaminhamento para EE	Intervenção por EE	Intervenção por EE	Transição para EE adultos

De forma sumária, a equipa deverá: (Sánchez Lorenzo, Mora Mesa, & Oviedo de Lucas, 2017), (Dèttore et al., 2015) (Menvielle & Gomez-Lobo, 2011)

1. Diagnosticar com precisão a DG/IG da criança/adolescente;
2. Diagnosticar comorbilidades psiquiátricas associadas e providenciar o seu tratamento;
3. Esclarecer e explorar expectativas e aconselhar sobre o tratamento e as consequências do mesmo;
4. Iniciar psicoterapia, se necessário, visando ajudar a criança/adolescente e família a gerir expectativas, promover resiliência e resolução de problemas;
5. Decidir sobre a elegibilidade e adequação do jovem para terapia hormonal e cirurgia;



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

6. Fazer recomendações formais para colegas de outras especialidades;
7. Documentar antecedentes relevantes do jovem;
8. Avaliar *stressores* psicossociais e ajudar no fortalecimento de uma rede de suporte;
9. Disponibilizar psicoeducação sobre a DG/IG a familiares e instituições integrantes do mesossistema da criança/adolescente;
10. Promover uma boa comunicação entre os membros da equipa, a clareza de papéis, a confiança e a compreensão;
11. Articular com os pedopsiquiatras que não integram estas equipas no acompanhamento e orientação destas crianças e jovens;
12. Acompanhar na transição para serviços de adultos.

Formas de acesso à equipa especializada:

1. Pedopsiquiatra assistente;
2. Cuidados de saúde primários ou serviços hospitalares pediátricos do SNS;
3. Serviços médicos privados;
4. Outras vias de acesso que as EE queiram promover.

Consideramos 3 níveis de indicação para referência para as EE:

1. **Obrigatório** quando está em causa a indicação para tratamentos hormonais;
2. **Recomendável** nas situações em que esteja em causa a transição social ou em que coexiste psicopatologia complexa;
3. **Opcional** nas restantes situações de DG/IG.

Relativamente à intervenção específica das EE, recomenda-se que:

1. Sejam sempre disponibilizados o acompanhamento e o apoio por profissionais de saúde mental nas decisões relacionadas com a transição social de jovens pré-pubertários com DG/IG;
2. Previamente ao início da terapia hormonal, psiquiatras da infância e da adolescência confirmem a persistência de DG/IG e avaliem a capacidade mental em jovens menores de 18 anos para compreender a decisão, lidar com as respetivas implicações e dar consentimento informado;
3. O início da terapia hormonal de atribuição de género deverá ser discutida em contexto de equipa multidisciplinar especializada que acompanha o caso;



- 4 . O prescrição e monitorização e terapia hormonal bloqueadora pubertária ou de transição seja da responsabilidade de um médico endocrinologista pediátrico;
- 5 . O indivíduo trans em tratamento hormonal seja encaminhado para cirurgia quando:
 - a. Vivencia uma mudança de papel social satisfatória;
 - b. Está satisfeito com os efeitos hormonais;
 - c. Deseja mudanças cirúrgicas definitivas.
- 6 . As cirurgias de reatribuição de sexo que envolvam gonadectomia e/ou histerectomia sejam adiadas até o doente atingir 18 anos;
- 7 . O início das cirurgias mamárias, antes dos 18 anos, deverão ser discutidas em contexto de equipa multidisciplinar especializada que acompanha o caso, não existindo evidência suficiente para recomendar um limite mínimo de idade.

Bibliografia:

- Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513–520. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.001>
- APA Task Force. (2009). Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. *Report*, 1–138. <https://doi.org/10.1037/e548572011-001>
- Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. (2017). Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A “Proof of Principle” Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(7), 678–688. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Berenbaum, S. A., & Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2015). Gender development and sexuality in disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5), 361–366. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548792>
- Bonifacio, H. J., & Rosenthal, S. M. (2015). Gender Variance and Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 62(4), 1001–1016. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.013>



- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1997). Gender identity disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 872–880. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00008>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., ... Tompkins, D. A. (2012). Report of the American psychiatric association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315–333. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00085-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00085-3)
- Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 29(3), 485–495. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>
- Collier et al., 2013. (2014). NIH Public Access, 50(212), 299–317. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.750639>. Sexual
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489–495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
- Coolhart, D., & Shipman, D. L. (2017). Working Toward Family Attunement: Family Therapy with Transgender and Gender-Nonconforming Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.002>
- Danoff, A., Daskalakis, D., & Aberg, J. A. (2013). Care for transgender persons. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 309(20), 2092–2093. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.4662>
- 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., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Klink, D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2016). What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1121–1135. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.011>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- Dekker, M. J. H. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., ... T'Sjoen, G. (2016). A european network for the investigation of gender incongruence: Endocrine part. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>
- Dèttore, D., Ristori, J., Antonelli, P., Bandini, E., Fisher, A. D., Villani, S., ... Cohen-Kettenis, P. T. (2015). Gender dysphoria in adolescents: The need for a shared assessment protocol and proposal of the AGIR protocol. *Journal of Psychopathology*, 21(2), 152–158.
- Drescher, J., & Byne, W. (2012). Gender dysphoric/gender variant (gd/gv) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 501–510. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653317>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A Follow-Up Study of Girls With Gender Identity Disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Duišin, D., Nikolić-Balkoski, G., & Batinić, B. (2009). Sociodemographic profile of transsexual patients. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 220–223.
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “gender management service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337–356. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Esteva de Antonio, I., Asenjo Araque, N., Hurtado Murillo, F., Fernández Rodríguez, M., Vidal Hagemeyer, Á., Moreno-Pérez, O., ... López Sigüero, J. P. (2015). Position statement: Gender dysphoria in



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

- childhood and adolescence. Working Group on Gender Identity and Sexual Development of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición (English Edition)*, 62(8), 380–383. <https://doi.org/10.1016/j.endoen.2015.03.001>
- Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M., García-Vega, E., & Álvarez-Diz, J. A. (2015). New perspectives in the hormonal treatment of gender dysphoria in adolescence. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.09.086>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E. A., ... Godano, A. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *Journal of Endocrinological Investigation*, 37(7), 675–687. <https://doi.org/10.1007/s40618-014-0077-6>
- Fridell, S. R., Owen-Anderson, A., Johnson, L. L., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). The playmate and play style preferences structured interview: A comparison of children with gender identity disorder and controls. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 729–737. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9085-8>
- Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: A review of recent research. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 430–434. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000203>
- Futterweit, W. (1998). Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Archives of Sexual Behavior*, 27(2), 209–226. <https://doi.org/10.1023/A:1018638715498>
- Guillamon, A., Junque, C., & Gómez-Gil, E. (2016). A Review of the Status of Brain Structure Research in Transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1615–1648. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0768-5>
- Guss, C., Shumer, D., & Katz-Wise, S. L. (2015). Transgender and gender nonconforming adolescent care: Psychosocial and medical considerations. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(4), 421–426. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000240>
- Hembree, W. C. (2013). Management of juvenile gender dysphoria. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 559–564. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436193.33470.1f>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society* clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K., & Warne, G. L. (2012). Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 196(9), 578–581. <https://doi.org/10.5694/mja12.10222>
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2006). The diagnosis and care of transsexual children and adolescents: A pediatric endocrinologists' perspective. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 19(2), 103–109. <https://doi.org/10.1515/JPEM.2006.19.2.103>
- Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L. A., Tefera, E., & Gomez-Lobo, V. (2017). Cross-Sex Hormones and Metabolic Parameters in Adolescents With Gender Dysphoria. *Pediatrics*, 139(5), e20163173. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3173>
- JianZhen Lin, Min Tang, & JinXiang Dong. (2017). Cloth simulation based on local adaptive subdivision and merging. *8th International Conference on Computer Supported Cooperative Work in Design*, 718–726. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000516>
- Joel Wong, Y., Ringo Ho, M.-H., Wang, S.-Y., & Keino Miller, I. S. (2017). Meta-Analyses of the Relationship Between Conformity to Masculine Norms and Mental Health-Related Outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- Johnson, K., & McGuinness, T. (2014). Youth in Mind. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(2), 17–20. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140113-01>
- Johnson, L. L., Bradley, S. J., Birkenfeld-Adams, A. S., Radzins Kuksis, M. A., Maing, D. M., Mitchell, J. N., & Zucker, K. J. (2004). A parent-report gender identity questionnaire for children. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 105–116. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000014325.68094.f3>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- KJ, Z. (2010). Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 217–220 4p. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9548-9>



- Kolesinska, Z., Ahmed, S. F., Niedziela, M., Bryce, J., Molinska-Glura, M., Rodie, M., ... Weintrob, N. (2014). Changes Over Time in Sex Assignment for Disorders of Sex Development. *Pediatrics*, 134(3), e710–e715. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1088>
- Kreukels, B. P. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: The Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466–472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Lane, R. C., & Goeltz, W. B. (1998). Identity confusion, bisexuality, and flight from the mother. [Review] [63 refs]. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 259–272. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00108-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00108-6)
- Langhinrichsen-Rohling, J., Lamis, D. A., & Malone, P. S. (2011). Sexual attraction status and adolescent suicide proneness: The roles of hopelessness, depression, and social support. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 52–82. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.533628>
- Lee, P. A., & Houk, C. P. (2013). Evaluation and management of children and adolescents with gender identification and transgender disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, 25(4), 521–527. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328362800e>
- Leibowitz, S., & De Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21–35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lopez, X., Stewart, S., & Jacobson-Dickman, E. (2016). Approach to Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Pediatrics in Review*, 37(3), 89–98. <https://doi.org/10.1542/pir.2015-0032>
- Martin, C. L., & Ruble, D. N. (2010). Patterns of Gender Development. *Ssm*, 353–381. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100511>
- Martinerie, L., Le Heuzey, M. F., Delorme, R., Carel, J. C., & Bargiacchi, A. (2016). Évaluation Et Prise En Charge D'Une Dysphorie De Genre Chez L'Enfant Et L'Adolescent. *Archives de Pediatrie*, 23(6), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.03.002>
- Medicus, J. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Mendonca, B. B. (2014). Gender assignment in patients with disorder of sex development. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 21(6), 511–514. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000115>
- Menvielle, E. (2012). A Comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 357–368. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653305>
- Menvielle, E., & Gomez-Lobo, V. (2011). Management of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24(4), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2010.12.006>
- Mepham, N., Bouman, W. P., Arcelus, J., Hayter, M., & Wylie, K. R. (2014). People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: Prevalence, sources, and side effects knowledge. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2995–3001. <https://doi.org/10.1111/jsm.12691>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Zucker, K. J., Kessler, S. J., Schober, J. M., & New, M. I. (2006). The recalled childhood gender questionnaire-revised: A psychometric analysis in a sample of women with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Sex Research*, 43(4), 364–367. <https://doi.org/10.1080/00224490609552335>
- Milrod, C. (2014). How young is too young: Ethical concerns in genital surgery of the transgender MTF adolescent. *Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 338–346. <https://doi.org/10.1111/jsm.12387>
- Moleiro, C., Simões, C., Moita, R. G., Pereira, H., Gato, J., & Silva, M. (n.d.). Guia Orientador da Intervenção Psicológica Guia Orientador da Intervenção Psicológica.
- Möller, B., Schreier, H., Li, A., & Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 39(5), 117–143. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2009.02.001>
- Munson, B., Crocker, L., Pierrehumbert, J. B., Owen-Anderson, A., & Zucker, K. J. (2015). Gender typicality in children's speech: A comparison of boys with and without gender identity disorder. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 137(4), 1995–2003. <https://doi.org/10.1121/1.4916202>
- Niederau, C., Backmerhoff, F., Schumacher, B., & Niederau, C. (1997). Inflammatory mediators and acute phase proteins in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Hepato-Gastroenterology*, 44(13), 90–107. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2014). Management of the Transgender Adolescent.pdf, 165(2), 171–176.
- Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2010). Expressed emotion in mothers of boys with gender identity disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(4), 327–345. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.488115>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 369–375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Peate, I. (2008). Understanding key issues in gender-variant children and young people. [Review] [23 refs]. *Journal of Nursing*, 17(17), 1114–1118. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.17.31110>
- Radix, A., & Davis, A. M. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(15), 1491–1492. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13540>
- Reiner, W. G. (2002). Gender identity and sex assignment: A reappraisal for the 21(st) century. *Pediatric Gender Assignment: A Critical Reappraisal*, 511, 175–197.
- Reiner, W. G. (2004). Psychosexual development in genetic males assigned female: The cloacal exstrophy experience. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 657–674. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.02.009>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Sánchez Lorenzo, I., Mora Mesa, J. J., & Oviedo de Lucas, O. (2017). Psychomedical care in gender identity dysphoria during adolescence. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 10(2), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.05.001>
- Sandberg, D., Gardner, M., & Cohen-Kettenis, P. (2012). Psychological aspects of the treatment of patients with Disorders of Sex Development. *Seminars in Reproductive Medicine*, 30(5), 443–452. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1324729>
- Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., ... Richter-Appelt, H. (2016). Measuring Gender Dysphoria: A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 551–558. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2013). Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: Guidelines, barriers and areas of controversy. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(1), 69–73. <https://doi.org/10.1097/MED.0b013e32835c711e>
- Silverman, D. K. (2010). Our Sexy Brain; Our Compelling Environment: Interactionism in Female Development. *The Psychoanalytic Review*, 97(1), 1–19. <https://doi.org/10.1521/prev.2010.97.1.1>
- Singh, D., Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., ... Zucker, K. J. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: Further validity evidence. *Journal of Sex Research*, 47(1), 49–58. <https://doi.org/10.1080/00224490902898728>
- Singh, D., Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., ... Zucker, K. J. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: Further validity evidence. *Journal of Sex Research*, 47(1), 49–58. <https://doi.org/10.1080/00224490902898728>
- Smith, K. P., Madison, C. M., & Milne, N. M. (2014). Gonadal suppressive and cross-sex hormone therapy for gender dysphoria in adolescents and adults. *Pharmacotherapy*, 34(12), 1282–1297. <https://doi.org/10.1002/phar.1487>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex and Marital Therapy*, 0715, 1–3. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>



- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Stieglitz, K. A. (2010). Development, Risk, and Resilience of Transgender Youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *21*(3), 192–206. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.08.004>
- Tangpricha, V., Hannema, S. E., Irwig, M. S., Meyer, W. J., Safer, J. D., & Hembree, W. C. (2017). 2017 American Association of Clinical Endocrinologists/Endocrine Society Update on Transgender Medicine: Case Discussions. *Endocrine Practice*, *23*(12), 1430–1436. <https://doi.org/10.4158/GL-2017-0115>
- Thyen, U., Richter-appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P., & Hiort, O. (2005). EBSCOhost: Deciding on gender in children with intersex conditions: considerations and..., *4*(1), 1–8. Retrieved from <http://web.ebscohost.com.paloalto.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=17ab3c15-5af9-420d-b973-ad668f12020a%40sessionmgr13&vid=19&hid=19>
- Turban, J. L., Zucker Professor, K. J., Gillian Laub, P., & Monde, L. (2014). Transgender and gender non-conforming youth TRANSGENDER AND GENDER NON-CONFORMING YOUTH 2018 edition, 1–28. Retrieved from <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>
- UKCP. (2014). Conversion Therapy: Consensus Statement. *UK Council of Psychotherapy*, (June), 16–18.
- Vance, S. R., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2014). Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth. *Pediatrics*, *134*(6), 1184–1192. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0772>
- Veale, J. F. (2016). Factorial Validity and Invariance Assessment of a Short Version of the Recalled Childhood Gender Identity/Role Questionnaire. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(3), 537–550. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0684-0>
- Von Klitzing, K., Kelsay, K., Emde, R. N., Robinson, J., & Schmitz, S. (2000). Gender-specific characteristics of 5-year-olds' play narratives and associations with behavior ratings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(8), 1017–1023. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00017>
- Weber, S. (2010). Nursing care of families with parents who are lesbian, gay, bisexual, or transgender. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *23*(1), 11–16. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00211.x>
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., ... Zucker, K. J. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *39*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022>
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010). Gender Identity in Disorders of Sex Development: Review Article. *Urology*, *75*(1), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>
- Zucker, K. J. (1990). Psychosocial and erotic development in cross-gender identified children. *Canadian Journal of Psychiatry*, *35*(6), 487–495. <https://doi.org/10.1177/070674379003500604>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sullivan, C. B. L., Kuksis, M., Birkenfeld-adams, A., Mitchell, J. N., ... Mitchell, J. N. (2015). 0.77 V, *3891*(November), 79. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6103>
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 477–498. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9540-4>
- Zucker, K. J. (2011). The archives of sexual behavior: 40 years on. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9728-2>
- Zucker, K. J. (2014). The international academy of sex research: 40 years on. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(1), 1–2. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0227-5>
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, *14*(5), 404–411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
- Zucker, K. J. (2018). A Brief Corrective to Levine's (2017) "Ethical Concerns About Treatment Paradigms for Gender Dysphoria." *Journal of Sex and Marital Therapy*, *44*(2), 188. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1340915>
- Zucker, K. J. (2007). Sexology and epidemiology. *Archives of Sexual Behavior*, *36*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9113-8>
- Zucker, K. J. (2013). DSM-5: Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(5), 669–674. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0148-3>
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *13*(3), 551–568. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.02.006>



Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

- Zucker, K. J. (2005). Measurement of psychosexual differentiation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 375–388. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4336-7>
- Zucker, K. J. (2018). Sex/Gender/Sexual Science Research 24/7. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 833–846. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1206-7>
- Zucker, K. J. (2003). The Politics and Science of “Reparative Therapy.” *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 399–402. <https://doi.org/10.1023/A:1025691310172>
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9540-4>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Kuksis, M., Pecore, K., Birkenfeld-Adams, A., Doering, R. W., ... Wild, J. (1999). Gender constancy judgments in children with gender identity disorder: Evidence for a developmental lag. *Archives of Sexual Behavior*, 28(6), 475–502. <https://doi.org/10.1023/A:1018713115866>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(4), 287–290. <https://doi.org/10.1080/00926230802096192>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38(2), 151–189. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.611219>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: Some hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 217–227. <https://doi.org/10.1023/A:1025748032640>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>
- Zucker, K. J., Lozinski, J. A., Bradley, S. J., & Doering, R. W. (1992). Sex-Typed Responses in the Rorschach Protocols of Children With Gender Identity Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 295–310. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_9
- Zucker, K. J., Nabbijohn, A. N., Santarossa, A., Wood, H., Bradley, S. J., Matthews, J., & VanderLaan, D. P. (2017). Intense/obsessional interests in children with gender dysphoria: A cross-validation study using the Teacher’s Report Form. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0189-9>
- Zucker, K. J., & Wood, H. (2011). Assessment of Gender Variance in Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 665–680. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.07.006>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A Developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369–397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J., Wood, H., Wasserman, L., Vanderlaan, D. P., & Aitken, M. (2016). Increasing Referrals for Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 693–694. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.015>

O Presidente do Colégio
de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Paulo André Santos