



MATRIA

DIRETRIZES PARA A GARANTIA DE UMA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PLENAS

Para um desenvolvimento livre da noção ideológica de gênero





DIRETRIZES PARA A GARANTIA DE UMA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PLENAS
Para um desenvolvimento livre da noção ideológica de gênero

Copyright © 2025 por MATRIA - Mulheres Associadas, Mães e Trabalhadoras do Brasil
Todos os direitos reservados. O presente conteúdo pode ser compartilhado com
créditos e não deve ser usado para fins comerciais.

www.associacaomatria.com
matria@associacaomatria.com



A MATRIA, associação composta por mulheres, mães e trabalhadoras do Brasil e tendo dentre suas integrantes profissionais das áreas de saúde, educação, direito e segurança, engajados para a proteção integral das crianças e adolescentes, vem trazer informações baseadas em evidências científicas à sociedade sobre os riscos das intervenções de "afirmação de gênero" para a infância e adolescência, ajudar na orientação das famílias e fornecer indicações embasadas na ciência aos profissionais que atuam junto a este público.

Nesse documento o leitor irá encontrar definições precisas sobre termos usados de forma ideológica para fins escusos, descrição dos tipos de intervenções promovidas pelo SUS, considerações sobre os principais procedimentos usados em crianças diagnosticadas como "transgêneros", esclarecimentos acerca de aspectos legais envolvendo intervenções na infância, aspectos éticos envolvidos em experimentos com crianças no que se refere à medicina e a psicologia.

Caminhando contra a corrente de pesquisas altamente financiadas e enviesadas, bem como contra grandes indústrias médicas e farmacêuticas, enfrentamos com esse documento, um lobby poderoso e lucrativo de violação dos direitos humanos da infância e adolescência. A MATRIA se empenha fortemente na busca da verdade e na garantia da proteção integral de meninos e meninas, sujeitos cujos direitos têm sido constantemente violados por conta de reivindicações ilegítimas, ideológicas e prejudiciais a todos os seres humanos. Nenhuma criança deve ser ensinada a se odiar. Nenhuma criança deve ser enganada sobre si mesma. Toda criança deve receber amor, amparo e apoio para lidar com suas expressões comportamentais e emocionais, livre de rótulos aprisionantes.

Toda criança tem direito à verdade.



MATRIA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
CONCEITOS.....	6
1. Criança e adolescente.....	6
2. Sexo.....	6
3. Gênero.....	6
4. Intersexo.....	7
5. Trans e Cis.....	9
6. Disforia de gênero e Incongruência de gênero.....	10
TIPOS DE INTERVENÇÕES EM VIGOR NO BRASIL.....	17
1. Transição social.....	17
2. Transição hormonal.....	18
2.1. Bloqueadores puberais.....	18
2.2. Hormonização cruzada.....	21
3. Transição física.....	25
Neovaginoplastia.....	25
Neofaloplastia.....	26
Mutilação de seios saudáveis.....	26
Retirada de útero e ovários saudáveis.....	27
Retirada do pomo de adão.....	27
Prótese de silicone em homens.....	27
Cirurgias complementares.....	28
DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	29
Desrespeito aos direitos humanos de crianças e adolescentes.....	29
Desrespeito a preceitos éticos de pesquisa científica.....	32
A RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP 01/2018).....	35
“Você quer um filho morto ou um filho feliz?”.....	37
Homofobia.....	42
Autismo.....	44
Contágio Social.....	45
DESTRANSICIONADOS - PESSOAS QUE DESISTEM DE FINGIR SER DE OUTRO SEXO.....	46
CONCLUSÃO.....	47
Apêndice - Sou Pai/Mãe ou Responsável por um adolescente, como lidar com essas questões:.....	49
REFERÊNCIAS.....	52



INTRODUÇÃO

No Brasil, há um avanço e pressão social pela aceitação sem questionamentos de intervenções para “transição” de meninos e meninas que não apresentam interesses e comportamentos rotulados como socialmente aceitos para determinado sexo. A “transição social”, cada vez mais comum e incentivada por profissionais e organismos promotores de uma agenda anti diversidade humana, acontece de forma rápida e sem acompanhamento psicológico e social adequado. Além da transição social, ocorre a consolidação no Brasil da transição física, à revelia de todos os avanços em estudos que alertam para os riscos, imprecisões e equívocos graves relacionados a esses procedimentos. Como pais, família e educadores podem ajudar essas crianças e jovens? Como lidar com um adolescente que alega repentinamente que não é menina ou menino?

A partir dessas diretrizes, a MATRIA busca alertar profissionais, serviços, escolas, clínicas de saúde, universidades, pais, familiares e a sociedade brasileira como um todo para que se cumpra integralmente o objetivo de defender verdadeiramente os direitos da criança e adolescente, de forma séria, sem viés ideológico, com embasamento científico robusto que comprove eficácia e segurança dos acompanhamentos médicos, psicológicos e sociais, e com vistas à proteção inegociável da infância e da adolescência.



CONCEITOS

1. Criança e adolescente

Como definimos o que é uma criança, um adolescente, um jovem e um adulto? Em termos legais, de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei Federal 8.069/1990)¹, em seu artigo 2º: “Considera-se criança pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”. Por outro lado, a Convenção sobre os Direitos das Crianças da ONU define como criança toda pessoa com menos de 18 anos², sem distinção com a adolescência. A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como a fase compreendida entre os 10 e os 19 anos. Para essa nota, usaremos o ECA, que é a lei de referência no Brasil para os direitos da criança e do adolescente.

2. Sexo

O sexo ou sistema sexual em humanos é o conjunto de órgãos, estruturas, hormônios, cromossomos, gônadas e gametas, por meio do qual nossa espécie se reproduz. É uma condição biológica determinada a partir do momento que o óvulo e espermatozóide se fusionam, ainda no útero. Na espécie humana só existem dois tipos de sexo: masculino e feminino. O sexo não é inventado, não é uma construção social, não é “designado” ao nascer. As pessoas nascem do sexo masculino ou feminino, isto é: macho ou fêmea.

3. Gênero

Há várias teorias e definições de “gênero”. Essa é uma palavra polissêmica, com muitos sentidos. Apresentaremos uma síntese do que se aproxima do entendimento usualmente feito em leis, tratados, normativas e resoluções. Observamos que a noção de gênero traz a ideia de um conjunto de comportamentos, autopercepções, sentimentos e

¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

² <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>



expressões que são classificados socialmente como sendo do campo feminino, masculino ou ambíguo/neutro em relação a tais campos. Diz-se que esse conjunto é uma construção social, pois essas características variam conforme a cultura, o momento histórico, a socialização, as crenças religiosas, a educação, dentre outros conceitos.

Quando referem-se ao termo “gênero”, observamos que parte-se de um referente relacionado à realidade sexual, anatômica e biológica dos indivíduos. Por exemplo, afirma-se que uma menina / mulher deve usar saias, maquiagens, cabelos longos, brincos, laços, e apresentar um determinado tipo de comportamento (empático, delicado) e ter determinadas habilidades (cuidar, zelar, maternar), ou ser sensual ou erótica. Todas essas características são papéis construídos socialmente e atribuídos ao sexo feminino. Porém, sendo gênero uma construção social, esses papéis não são estanques, não são fixos. Sociedades orientais e sociedades ocidentais prescrevem comportamentos diferentes para mulheres, por exemplo. Em alguns países da Europa, fazer topless na praia é socialmente admitido. Já em alguns países islâmicos, mulheres devem usar o chamado “hijab”, o véu islâmico.

De forma equivalente, para meninos / homens, costuma-se atribuir um conjunto diverso de “papéis de gênero” - devem preferir roupas como calças e bermudas, brincadeiras mais agressivas e competitivas. Espera-se de meninos e homens um controle emocional maior em torno de emoções ditas “femininas” - choro, medo, insegurança, menos afetividade e mais assertividade.

Esses “papéis” não são definidores do que um indivíduo é, assim como não segui-los também não indica que uma pessoa seja de outro sexo. As pessoas têm inúmeros temperamentos, preferências, vontades e desejos. A variação comportamental, psicológica e social é esperada para os seres humanos: essa é a verdadeira diversidade humana. Criar uma classificação entre feminino e masculino para cada expressão, e a partir de tal divisão justificar a ocultação do sexo das pessoas, é uma postura equivocada, anti diversidade e limitadora das expressões que os seres humanos apresentam.

4. Intersexo



Quem já ouviu falar em intersexo, por vezes usa esse fenômeno como argumento de que então o sexo não seria “binário”, o que não é verdade. O termo utilizado na literatura científica é Distúrbios do Desenvolvimento Sexual (DDS). Os DDSs, que alguns denominam como pessoas “intersexo” ou “hermafroditas”, são erroneamente utilizados para alegar que haveria variedades de sexos na espécie humana, ou um terceiro sexo, algo além do sexo feminino, que possui cromossomos XX, ou do sexo masculino, que possui cromossomos XY. Acontece que indivíduos com DDS não possuem um terceiro sexo, continuam apresentando os mesmos cromossomos X e Y, contudo com achados genéticos anormais que produzem características sexuais atípicas.

A ocorrência de pessoas intersexo atinge entre 0.05% e 1.7% da população mundial, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2020). De acordo com o Guia de Recursos para Pais, formado por uma rede coletiva de organizações estadunidenses que estudam as consequências negativas quando insistem em considerar o sexo irrelevante, pessoas com DDS apresentam:

anomalias extremamente raras e clinicamente identificáveis nas quais a anatomia sexual é inconsistente com o sexo cromossômico (XX ou XY) ou a anatomia sexual não é claramente masculina ou feminina. As pessoas que têm DDSs são homens ou mulheres, mas por causa da anatomia sexual ambígua geralmente causada por anormalidades hormonais e de desenvolvimento, a ciência médica nem sempre identifica seu sexo corretamente ao nascer. Indivíduos com DDS não constituem um terceiro sexo” (Parent Resource Guide, 2019)

Frequentemente, pessoas nascidas com diferenças ocorridas no desenvolvimento das características sexuais passam por cirurgias, muitas vezes ainda bebês e sem qualquer possibilidade de consentimento. Muitos desses procedimentos são desnecessários e as cirurgias são feitas para que as suas características sexuais sejam menos ambíguas em relação a um sexo ou outro, principalmente por questões estéticas e não de saúde. Com isso, impõe-se uma grave violação do corpo da criança bem como uma imposição forçada de um sexo que pode não corresponder ao que de fato é.



5. Trans e Cis

A noção de “cis” e “trans” derivam de uma concepção de um suposto “alinhamento” (“cis”) do sexo biológico com os “papéis de gênero” ou o “não alinhamento” (“trans”). Conforme o dicionário disponível no site Brasil Escola:

Cisgênero é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu. Um exemplo de cisgênero é uma pessoa que nasceu com genitália feminina e cresceu com características físicas de “mulher”, além disso adotou padrões sociais ligados ao feminino, comumente expressados em roupas, gestos, tom de voz.

Transgênero é uma pessoa que nasceu com determinado sexo biológico, e **não se identifica com o seu corpo**. Um exemplo é o indivíduo que nasceu com genitália masculina, cresceu com as transformações causadas pelos hormônios masculinos, mas sua identificação é com o físico feminino. (Brasil Escola)

O termo “cis” foi cunhado pelo sexólogo, psicólogo e sociólogo alemão Volkmar Sigusch (1998). Ele também era um defensor de questões ligadas a pedofilia. No artigo “Feeling Like a Child: Dreams and Practices of Sexuality in the West German Alternative Left during the Long 1970s” (Haberlen, 2016), vemos que Sigusch não considerava “sexo com crianças” um crime:

“Em 1970, membros do parlamento alemão encarregados de reformar a lei criminal até ouviram o estudioso da educação radical Helmut Kentler, o sexólogo Volkmar Sigusch e outros sociólogos e psicólogos, que declararam que as crianças não sofreriam de relações sexuais com adultos e que essas relações não deveriam ser punidas, porque são um ‘crime sem vítima’.”

Essa observação não é um mero detalhe, mas sim um importante fator a ser observado na forma com que se concebe a infância e sua capacidade de consentimento. Fator que, como o leitor irá notar, é tratado de forma leviana pelas pessoas que acreditam que uma criança pode “mudar de sexo”.

O uso dessa classificação entre “cis” e “trans” pressupõe que seria possível estabelecer uma relação de conformidade ou não entre sexo e “gênero”. Essa é uma crença, não é um dado aceito por toda a população e nem provém de análises baseadas na ciência. O conceito de “cisgeneridade” traz consigo a ideia de que existem dois tipos de pessoas. A



pessoa “cisgênera”, correspondente ao ser humano nascido em um sexo e que estaria em “conformidade” com seu “gênero”; e a pessoa transgênera, correspondente ao ser humano que estaria em “desconformidade” com seu “gênero”.

Essa teoria da conformidade / desconformidade não é consenso nem mesmo no campo dos estudos de gênero. Por exemplo, Miskolci (2021) renomado pesquisador de gênero, afirma que a categoria de “cisgeneridade” pressupõe erroneamente uma coerência e estabilidade e que carecem de bases epistemológicas, tampouco empíricas. Em uma entrevista, Miskolci sustenta que essas noções sem cientificidade se disseminaram pois “visam estabelecer uma hierarquia interna ao campo de pesquisa e do ativismo em que homens gays, mulheres lésbicas e bissexuais sejam secundarizados, já que seriam “cis” e, nessa linha de raciocínio, supostamente mais próximos da ‘normalidade’” (Barreto, 2021).

6. Disforia de gênero e Incongruência de gênero

Devido às constantes confusões provocadas por meio do uso equivocado de termos referente a palavra “gênero”, é importante conhecer as duas classificações diagnósticas atualmente em vigência: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 - DSM-5 (APA, 2014) utilizado pela psiquiatria mundial para fins clínicos e de pesquisa e a Classificação Internacional de Doenças 11ª revisão - CID 11 (WHO, 2019) utilizado na medicina em geral.

A “disforia de gênero” é um termo criado para nomear indivíduos que expressam repulsa aos aspectos corporais específicos de seu próprio sexo. Essa disforia é semelhante a outras também documentadas: Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), Transtorno de Identidade de Integridade Corporal (TIIC) e outros. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2020), adotou os critérios diagnósticos do DSM-5 a respeito da disforia de gênero onde se considera um período mínimo de 6 meses de incongruência acentuada, com preenchimento de 6 de 8 critérios para as crianças e no mínimo 2 de 6 critérios para os adolescentes (Tabela 1):

DISFORIA DE GÊNERO EM CRIANÇAS	DISFORIA DE GÊNERO EM ADOLESCENTES E ADULTOS
--------------------------------	--



MATRIA

1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado)	1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas)
2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por cross-dressing (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas	2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas)
3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias	3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos por outro gênero	4. Forte desejo de pertencer a outro gênero (ou a um gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero	5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado)
6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos ou atividades tipicamente masculinas e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas	6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual	
8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.	

Tabela 1 - Quadro de critérios para diagnóstico de disforia de gênero em crianças e em adolescentes. DSM-5 (SBP, 2020)

Observando os critérios diagnósticos, pode-se destacar vários aspectos sexistas e rotulantes das expressões infantis e de adolescentes:

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado / expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo 6 dos seguintes 8 critérios (um deles deve ser o critério A1)

Algumas questões que surgem a partir do destaque acima: o que seria “estar incongruente”? Quem afirma isso e com base em quais parâmetros de congruência? O que



seria uma incongruência entre gênero “experimentado” e “designado” de uma pessoa? Quem “designa” o gênero? É o gênero ou sexo que está sendo questionado como incongruente?

A própria ideia de que deveria haver alguma relação entre gênero “sentido” e “designado” é um equívoco em si. As relações “de gênero” expressam variações que qualquer ser humano tem, em termos de preferências, estilos comportamentais, sentimentos, mas que não implicam afirmar que se está no corpo errado. Dizer que uma criança está incongruente com seu gênero só quer dizer que ela apresenta comportamentos não esperados socialmente para seu sexo.

Nota-se como em todo o diagnóstico o termo “sexo” será evitado. Isso não é à toa. A ideia de substituir “sexo” por “gênero” produz a impressão de que se está falando somente do gênero, mas não se engane: as intervenções feitas referem-se necessariamente, ao sexo, como o leito verá adiante: bloqueio da puberdade é para evitar que características de um sexo apareçam. Hormonização cruzada é para simular características de outro sexo. Até a mudança de nome e pronome é feita para ocultar o sexo, afinal de contas, em nossa língua, as palavras tem artigos femininos e masculinos para designar o sexo das pessoas.

A seguir, analisamos os critérios do bloco A. O item 1 diz que: “A. 1. Forte desejo de pertencer a outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado)”. Evidentemente, o gênero se refere a aspectos culturais. Utilizar como critério o desejo de “pertencer” a outro gênero significa apenas ter preferências por aspectos fora de um padrão esperado socialmente. Não significa que a criança está no corpo errado e nem tem uma disforia por isso.

O item 2 do bloco A consiste em:

A. 2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por cross-dressing (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.

O leitor deve concordar que roupas para determinados sexos são, em última instância, convenções sociais. A roupa não define o sexo da criança, tampouco determina o “gênero”, visto que se um menino estiver usando uma roupa socialmente atribuída para



uma menina, ele NÃO deixa de ser menino por isso. Em algumas sociedades homens usam saias, mas isso não é interpretado como travestismo. A adoção de um critério referente a preferências por roupas é bastante arbitrário, pois depende necessariamente de convenções acerca de nossas vestimentas. Nomear como *cross-dressing* um menino que usa roupas femininas é o mesmo que afirmar que há roupas exclusivas para meninos e roupas exclusivas para meninas. Isso pode até ser verdade enquanto convenção social, mas sedimentar tal compreensão é justamente eliminar as variabilidades de expressões que meninos e meninas podem assumir.

O item 3 do bloco A discorre sobre “papéis transgeneros”: “A. 3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias”. Ora, crianças brincam de exercer papéis sociais o tempo todo e não há qualquer definição do que seria um “papel transgênero”, pois sabemos que isso significa apenas destoar socialmente de algumas convenções. Novamente, é evidente que esses critérios se prendem em uma ideia extremamente equivocada de que roupas, brinquedos e fantasias são capazes de dizer o que uma criança é.

No item 4 do bloco A, discorre-se sobre preferências de brincadeiras: “A. 4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos por outro gênero”. Preferir um brinquedo, um jogo ou uma atividade não diz nada sobre o sexo de alguém. Não existe atividade ou brinquedo para um ou outro sexo (que eles propositadamente chamam aqui de gênero). São apenas convenções sociais, como já explicamos acima.

O item 5 do bloco A é bastante equivocado: “A. 5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero”. Ora, brincar com alguém de outro sexo (não de outro gênero) não significa absolutamente nada, sendo algo conjuntural e dependente de tantos fatores que nem cabe listar, bem como não há qualquer elemento significativo em tais preferências para ser um critério de afirmação de que uma criança está no corpo errado. Caso contrário, deveríamos assumir que meninos só podem brincar com meninos e meninas só com meninas.

O item 6 do bloco A discorre sobre rejeição:



A. 6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos ou atividades tipicamente masculinas e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.

O que se extrai desse item é que se afirma que necessariamente meninos deveriam ser agressivos e competitivos e meninas deveriam ser “femininas”. Essa afirmação não tem lastro na realidade e contém também uma dose significativa de preconceitos e rótulos sexistas.

O item 7 e o item 8 diferem dos itens anteriores. O item 7 diz: “A. 7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual”. Quando observa-se crianças queixando-se de suas partes íntimas, é necessário prestar atenção e investigar cuidadosamente:

- de onde vem esse desconforto;
- quando começou;
- que situações essa criança está passando ou passou;
- que relação pode haver com o fato de lhe dizerem que ela está no corpo errado, que ela é muito feminina ou masculina, por conta de seus gostos fora do “padrão”;
- o efeito de uma educação repressora de expressões infantis;
- o efeito de uma total ausência de informações, que confunde, retira qualquer parâmetro da realidade para que a criança se compreenda em seu corpo integralmente;
- a possibilidade de haver algum tipo de abuso sexual.

Esses itens todos devem ser fortemente avaliados, e é importante reforçar: nenhum deles serve como justificativa para dizer que a criança está no corpo errado.

O item 8 do bloco A assevera o seguinte: “A. 8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.”. Nesse item, reitera-se as questões levantadas no item 7 e uma questão mais específica a ser observada, referente à estimulação sexual precoce dessa criança, abuso sexual, e outros a serem longamente investigados e não “solucionados” com uma “afirmação” de que é uma criança no corpo errado.



Ainda é importante destacar a palavra “compatível” utilizada no DSM, ou seja, a ideia subjacente de que haveria alguma compatibilidade entre características sexuais e gênero (papéis sociais).

Observa-se como os dois últimos critérios (7 e 8) referem-se a aspectos distintos dos primeiros (de 1 a 6). Estes se referem a expectativas sociais sobre crianças e adolescentes, e aqueles sobre questões de rejeição e desejo em relação aos corpos. É plausível afirmar que os desconfortos corporais se originam devido a má condução em relação aos 6 primeiros itens, ou seja: se constantemente se afirma que uma criança está no corpo errado porque gosta de brincar com certos brinquedos, roupas, porque tem certos tipos e preferência e comportamentos, logo ela poderá desenvolver rejeição por seu próprio corpo e desejo de “adquirir” características que não são próprias.

Seguindo para o bloco B tem-se: “B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.”. Esse é o critério B do DSM-5 que atrela a prevalência de sofrimento em relação a todos os itens anteriores. Ou seja, se não há sofrimento, não deveria haver qualquer tipo de intervenção. Acontece que o sofrimento vem muitas vezes de fora. São as pessoas ao redor que se queixam, que observam e avaliam, que recriminam, que colocam seu olhar de adulto sobre essas expressões. Voltamos à questão: a “disforia” é da criança ou da sociedade?

Ainda, mesmo que haja sofrimento, é preciso compreender que a solução nunca é atender a esse sofrimento com uma “solução” mentirosa, que encobre os fatores que levam a tal situação e que implica em intervenções experimentais, sem evidências de que atendem as causas que levam à disforia, conforme o leitor verá em detalhes mais a frente.

Atender a uma suposta demanda de uma criança, sem investigação profunda e sem lidar com as questões sociais que atravessam os casos de disforia, como o contágio social, a imposição de padrões rígidos sobre como crianças deveriam se comportar, a lógica cada vez mais recorrente de consumo, padronização e fetichização de corpos é um equívoco, um risco, é irresponsável e antiético. Não é demais ressaltar que esses diagnósticos são também políticos e que tais documentos atendem historicamente a interesses de grupos específicos. E não são o grupo das crianças.



Em relação ao CID 11, houve uma mudança na denominação, em que a “incongruência de gênero” na infância e adolescência passou a ser a nova denominação para o antigo “Transtorno de Identidade de Gênero”. Na incongruência de gênero, o indivíduo sente uma incompatibilidade persistentemente com seu sexo e o que é chamado de “gênero”, com a ausência de sofrimento psíquico indicado. O destaque para a *ausência de sofrimento psíquico* reflete a finalidade de “despatologizar” a condição:

Incongruência de gênero. Descrição. A incongruência de gênero é caracterizada por uma incongruência marcante e persistente entre o gênero experimentado por um indivíduo e o sexo atribuído. O comportamento e as preferências variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir os diagnósticos neste grupo (CID 11)

Observe que os termos em si não são questionados. Por exemplo, “sexo atribuído”, ou então “gênero experimentado” não são termos consolidados e tampouco verificados e atestados cientificamente. Sabe-se que para os adeptos dessa concepção ideológica de gênero, o sexo não existe enquanto um dado de realidade, mas sim como uma “construção social”. Por isso afirmam que ele seria “atribuído”, justamente porque poderia mudar de acordo com a autopercepção dos sujeitos ao longo de suas “vivências”, por meio de suas “experimentações de gênero”.

Conforme pode ser observado nas seções anteriores, sexo e gênero são aspectos distintos e estabelecer relação entre o sexo de uma pessoa e seus comportamentos - como se as variadas expressões comportamentais obrigasse a uma mudança do sexo para um ajustamento entre sexo e gênero - é em si uma forma equivocada e rotulante da diversidade das expressões humanas.



TIPOS DE INTERVENÇÕES EM VIGOR NO BRASIL

Conforme explicado na introdução, as intervenções ditas “afirmativas de gênero” ocorrem por meio de três tipos: transição social, hormonal e física. Neste capítulo trataremos a descrição exata de cada uma delas.

1. Transição social

Chamam de transição social a alteração, a qualquer idade na infância, do nome e pronome para não mais corresponder ao sexo da criança. Por exemplo, se decidem fazer uma “transição social” em uma menina de nome Ana, passam a utilizar pronomes masculinos para ela, e orientam Ana a escolher um nome masculino. Após esse processo inicial, tem sido feito a formalização de tais mudanças em cartório, onde o nome e o sexo são alterados na certidão de nascimento e no RG³. Na escola, professores e alunos serão orientados a não mais chamar a menina pelo seu nome e não usar os pronomes corretos para ela.

A transição social não é isenta de problemas, conforme os ativistas alegam. Ao contrário, imprimem sérios conflitos na criança, que desde cedo é incentivada a se dissociar de seu corpo, bem como “fideliza o cliente”, ou seja, conduz aos demais processos de transição, visto que, ao afirmar que é a criança tem outro sexo, se buscará simular tais características sexuais, que ocorrem por meio das próximas etapas a serem descritas. Um bom relato de como esse processo é nocivo para crianças pode ser lido no site da organização “Transgender Trend” sob os títulos “Não é possível reverter uma infância” (Transgender Trend, 2022a) e “Quando um(a) adolescente diz que é transgênero”

³ Há inúmeros exemplos de notícias na internet. Nesse caso selecionado, a criança tinha 7 anos: <https://www.cartoriotorres.com.br/noticias/2021/revista-crescer-menino-trans-de-7-anos-comemora-retificacao-de-nome-na-certidao-de-nascimento?page=6>



(Transgender Trend, 2022b). Ambos os textos foram traduzidos pela MATRIA e podem ser acessados em nosso site^{4,5}.

2. Transição hormonal

A transição hormonal ocorre por meio de dois processos. O uso de hormônios bloqueadores de puberdade e a introdução no corpo de hormônios do sexo errado. Vamos apresentar na sequência:

2.1. Bloqueadores puberais

Bloquear a puberdade é um processo medicamentoso, que tem sido aplicado em crianças saudáveis a partir da administração de medicamentos análogos ao hormônio gonadotrofina (GnRH), hormônio responsável por atuar no crescimento, desenvolvimento e funcionamento das gônadas, regulando funções e a fertilidade de homens e mulheres; ou seja, são administrados medicamentos que imitam a ação desse hormônio gonadotrofina, de forma que diminua a sua produção no corpo. Em geral, o medicamento usado é o Lupron, que também é utilizado para castração química de estupradores (Gooren, 2011, Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005), sendo que os “níveis de castração” são atingidos em duas semanas para tratamento de câncer de próstata, de acordo com a bula do Lupron⁶. Os efeitos colaterais descritos na bula também incluem: perda de densidade óssea, convulsões, hiperglicemia, arritmias, hipertensão craniana, neoplasias (maligna ou benigna), disfunção erétil, inflamações na vagina infantil.

É na puberdade que ocorrem alterações na secreção do GnRH de forma a produzir mudanças do amadurecimento sexual e início da vida fértil. A partir do estágio de desenvolvimento Tanner II (entre 8 a 11 anos de idade) se estabeleceu no Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM nº 2.265/2019 e Parecer 08/13, a aplicação do

4

<https://www.associacaomatria.com/post/n%C3%A3o-%C3%A9-poss%C3%ADvel-reverter-uma-inf%C3%A2ncia>

5

<https://www.associacaomatria.com/post/quando-um-a-adolescente-diz-que-%C3%A9-transg%C3%AAnero>

⁶ <http://araujo.vteximg.com.br/arquivos/ids/1941059/Bula-0000000034968.pdf>



bloqueio da puberdade, sob o “argumento” de que seria uma forma de “esperar para ver”: impediremos o crescimento natural do corpo sadio de uma criança para que ela possa **decidir** e **ter certeza** se gostaria de ter suas características sexuais desenvolvidas como sendo do próprio sexo ou se deseja iniciar o uso de hormônios do sexo errado em seu corpo. Caso seja feita a segunda “escolha”, parte-se para a próxima etapa: a hormonização cruzada.

Abaixo o artigo específico da resolução do CFM:

Art. 9º Na atenção médica especializada ao transgênero é vedado o início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 (dezesseis) anos de idade. (...)

§ 2º Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo **realizado exclusivamente em caráter experimental** em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde.

O parecer do Conselho Federal de Medicina 08/13 baseou suas considerações sobre bloqueio da puberdade no World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2012)⁷ 7ª edição de 2012, cujos artigos de referências eram anteriores a 2011. Em 2020 passou a vigorar a resolução CFM nº 2265/19 que tomava como base o parecer do CFM nº 08/13, com 7 anos sem atualização. Esse manual da WPATH influenciou a medicina de gênero do mundo todo na última década. A WPATH recebe muitas críticas da comunidade científica, pois os critérios para se tornar membro são amplos, aberto para vários profissionais ativistas declarados e, ainda, também quase todos são autores das diretrizes e apresentam sérios conflitos de interesses.

O uso de bloqueadores da puberdade para diminuir os hormônios sexuais no estágio Tanner II interrompe o processo de fortalecimento ósseo e essa é uma das evidências mais sólidas já estabelecidas (Biggs, 2021), sendo tal efeito admitido até mesmo pela WPATH: “existem preocupações sobre os efeitos colaterais físicos negativos do uso de análogos de GnRH (por exemplo, no desenvolvimento ósseo e altura) (WPATH, 2012, pg. 22)”.

⁷ “The World Professional Association for Transgender Health” - Uma organização privada que produz recomendações altamente enviesadas. Recentemente foram vazadas informações internas de trocas de mensagens dos profissionais associados, evidenciando que estes realizam prescrição de hormônios e cirurgias mutiladoras sem qualquer respaldo e conduzem tratamentos experimentais antiéticos. Mais informações em <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/mar/09/disturbing-leaks-from-us-gender-group-wpath-ring-alarm-bells-in-nhs>



Outro efeito admitido pela WPATH refere-se ao comprometimento do crescimento natural do pênis:

Adolescentes com genitália masculina que iniciam análogos de GnRH no início da puberdade devem ser informados de que isso pode resultar em tecido peniano insuficiente para técnicas de vaginoplastia de inversão peniana (técnicas alternativas, como o uso de enxerto de pele ou tecido de cólon, estão disponíveis) (WPATH, 2012, pg. 20).

Há inúmeras críticas em aplicar hormônios bloqueadores de puberdade em crianças saudáveis, relacionadas à conduta médica em si, desde a questão bioética de realizar experimentos em crianças, a literatura utilizada defasada e com sérios conflitos de interesses, além de, mais recentemente, existirem vários estudos constatando a falta de evidência científica. Um estudo de 2023, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência em cuidados do Reino Unido, constatou que as bases de evidências para os benefícios psicológicos do agonista do GnRh para adolescentes com disforia de gênero analisadas foram considerados de baixa qualidade (McPherson, Freedman, 2023). Outra revisão sobre bloqueadores da puberdade também apresentou resultados preocupantes, pois seus principais achados revelam pouco ou nenhum benefício na disforia de gênero, saúde mental, imagem corporal e funcionamento psicossocial (NICE, 2020).

É de amplo conhecimento de que os hormônios sexuais têm papel crucial no desenvolvimento cerebral da criança que inicia a puberdade, atuando como remodeladores do cérebro e ativadores de circuitos neurais e de outros processos (Sisk, Zehr, 2005). O uso prolongado de bloqueadores afeta de maneira permanente o desenvolvimento cerebral natural da criança que inicia a puberdade e do adolescente, não sendo portanto, razoável a afirmação usual de que seria uma intervenção “reversível”. É nessa direção que importantes questões bioéticas são levantadas: bloquear a puberdade natural de uma criança saudável é o mesmo que gerar um estado patológico, conforme recente publicação denunciando que a declaração da Pediatric Endocrine Society sobre bloqueadores da puberdade não é apenas enganosa, mas também perigosa (Laidlaw, 2020).

Além dos danos ao desenvolvimento ósseo do púbere e adolescente, os bloqueadores hormonais podem pausar a maturação das células germinativas (ovários e testículos) e como isso afetar o potencial de fertilidade (Cheng, Pastuszak, Myers, Goodwin, Hotaling, 2019). Não se tratam de medicamentos “leves”, nem sem efeitos. São drogas pesadas, cujos



efeitos estão sob escrutínio do órgão governamental regulador de medicamentos nos EUA, a Food and Drug Administration (FDA) e de seu equivalente europeu, a Eudravigilance, que identificaram em estudos riscos de diabetes e certas doenças cardiovasculares associadas ao uso de bloqueadores de puberdade (Cicione, Nacchia, Guercio, et al. 2023).

A conduta médica experimental de utilizar bloqueadores puberais em uma criança supostamente diagnosticada com disforia/incongruência de gênero apresenta riscos sérios para saúde física e mental de crianças e pré-adolescentes, pois além de serem medicamentos que prejudicam o desenvolvimento ósseo, cerebral, sexual e a fertilidade, também interferem na auto-imagem e nos processos psicológicos. Estudos atuais vêm mostrando cada vez mais que as evidências científicas de benefícios são muito baixas (Malone, D'Angelo, Beck, Mason, Evans, 2021). Administrar hormônio bloqueador de puberdade para crianças sem qualquer problema com puberdade precoce (condição física e verificável através de exames clínicos e laboratoriais) é um contrassenso. Crianças “que não se conformam com certos papéis sociais que são esperados dela” não devem ser submetidas à interrupção de seu crescimento saudável e natural.

2.2. Hormonização cruzada

A hormonização cruzada consiste na administração de hormônios que não são produzidos naturalmente pelo corpo, ou seja, é a introdução de hormônios de outro sexo em um corpo saudável. Naturalmente, em meninos, a testosterona atinge o seu pico na adolescência, de forma a desenvolver as características sexuais secundárias, como barba, voz mais profunda, crescimento de musculatura entre outros. Para meninas, no início da puberdade há um aumento da concentração do hormônio estrogênio, promovendo o crescimento das mamas, ovários, útero e vagina, pêlos pubianos e a primeira menstruação.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, na resolução 2566/2019, postula-se: “Art. 9º Na atenção médica especializada ao transgênero é vedado o início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 (dezesesseis) anos de idade”. A expressão utilizada pelo CFM, “terapia de hormonização” ou “hormonioterapia”, é imprecisa e induz a erros. O mais adequado seria utilizar o termo “introdução de hormônios do sexo ERRADO”, tendo em vista que não há nenhum fundamento, evidência de efetividade ou argumento com embasamento



científico para que seja administrado um hormônio exógeno (não produzido naturalmente pelo corpo) em adolescentes plenamente saudáveis. Na realidade, trata-se de uma prática perigosa e experimental.

Ainda de acordo com a resolução do CFM 2566/2019 afirma-se que:

Art. 6º Na atenção médica especializada, o transgênero deverá ser informado e orientado previamente sobre os procedimentos e intervenções clínicas e cirúrgicas aos quais será submetido, incluindo seus riscos e benefícios.

Parágrafo único. É obrigatório obter o consentimento livre e esclarecido, informando ao transgênero sobre a **possibilidade de esterilidade** advinda dos procedimentos **hormonais e cirúrgicos para a afirmação de gênero**.

É explícito que os efeitos esterilizadores são conhecidos pelo CFM, por esse motivo indica a necessidade de consentimento expresso, no caso de adultos, para tal intervenção. Para crianças, esse consentimento fica a cargo de seus responsáveis legais. Mais a frente trataremos sob os impasses éticos em torno da noção de consentimento para a infância.

É ponto pacífico na comunidade científica que mulheres não devem utilizar hormônios masculinos, exceto para tratamentos específicos e de forma bastante controlada. O principal medicamento utilizado para meninas adolescentes que são levadas a usar hormônios errados é o Deposteron⁸, que apresenta as seguintes contra-indicações:

Você não deve utilizar Deposteron® em qualquer uma das seguintes condições:

- reações alérgicas com o uso deste medicamento ou qualquer componente da fórmula;
- presença ou suspeita de câncer de próstata ou da glândula mamária em homens;
- presença ou história de tumores no fígado;
- **se for mulher**

Mesmo sendo expressamente contra-indicado a administração de hormônios do sexo masculino para mulheres, estes são usados em adolescentes meninas a partir dos 16 anos, sob o “argumento” de buscar “conformação” do sexo com o “gênero”, ou seja, para atender ao desejo da adolescente de ser de outro “gênero” (outro sexo) e também sob a alegação de um suposto risco de suicídio, que abordaremos a frente.

⁸ <https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/deposteron.pdf>



São vários os exemplos que demonstram a inconsistência médica quando se fala em administrar hormônios sexuais. Como exemplo trazemos o caso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia que, embora tenha aderido a crença acerca de que pessoas podem mudar de sexo (vide o que a MATRIA reportou aqui⁹), quando não estão orientados por concepções ideológicas de “gênero”, os materiais produzidos pela Sociedade não recomendam o uso.

Isso fica evidente no encarte “*Testosterona alta na mulher, saúde em baixa*”¹⁰, produzido com base no estudo “*Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women*” (Davis, Baber, Panay, Bitzer, Perez, Islam, Kaunitz, Kingsberg, Lambrinoudaki, Liu, Parish, Pinkerton, Rymer, Simon, Vignozzi, Wierman, 2019), no qual destacamos os seguintes trechos:

SAIBA QUANDO A DOSAGEM DE TESTOSTERONA É INDICADA

A dosagem da testosterona na mulher só deve ser solicitada quando houver suspeita de níveis altos. A dosagem não é precisa em outras situações.

EXCESSO DE TESTOSTERONA FAZ MAL PARA SUA SAÚDE!

O uso de Testosterona por mulheres pode levar a efeitos indesejados como acne, excesso de pelos, queda de cabelo, aumento do risco cardiovascular, engrossamento da voz, aumento do clitóris, além de dependência psicológica como depressão após a retirada, transtorno da imagem corporal e transtornos alimentares.

HÁ ALGUM BENEFÍCIO EM USAR A TESTOSTERONA?

O uso de testosterona com objetivos estéticos ou esportivos não é recomendado por evidências científicas e pode causar prejuízos à saúde da mulher no curto e longo prazo. A única indicação atual para o uso da testosterona é a Síndrome da Excitação e do Desejo Sexual Hipoativo, uma patologia a qual precisa ser bem caracterizada pelo seu médico. Uma vez preenchendo os critérios inclusive sofrimento pessoal decorrente dessa falta de desejo, poderá ser realizado um teste terapêutico com o uso da testosterona, com a devida avaliação de eficácia e monitorização de segurança.

9

<https://www.associacaomatria.com/post/carta-a-sociedade-brasileira-de-endocrinologia-pedi%C3%A1trica>

10

<https://www.endocrino.org.br/media/folder - testosterona alta na mulher%2C sa%C3%Bade em baixa - 21x21cm.pdf>



Ou seja, quando médicos referem-se ao uso de testosterona pelo sexo feminino sem guiar-se por concepções ideológicas de gênero, posicionam-se firmemente contrários ao uso indiscriminado e indicam cuidados rigorosos em sua prescrição. Isso evidencia a contradição que é ignorada sempre que a medicina endossa a intervenção com hormônios do sexo errado para fins de “mudança de gênero”.

Em relação ao sexo masculino, até mesmo a WPATH reconhece que hormônios errados produzem efeitos colaterais como: doença tromboembólica venosa, cálculos biliares, enzimas hepáticas elevadas, ganho de peso, hipertrigliceridemia, aumento do risco de doença cardiovascular.

Estudos que analisam a introdução de hormônios do sexo errado no corpo revelam evidências de baixa qualidade (Chew, Anderson, Williams, May, Pang, 2020). Uma revisão sistemática de tratamento hormonal para crianças (Ludvigsson, Adolfsson, Höistad, Rydelius, Kriström, Landen, 2023) evidenciou a ausência de ensaios clínicos randomizados (padrão ouro para estudo ou ensaio clínico) controlados e poucos estudos longitudinais (estudos de acompanhamento do sujeito ao longo de anos) tendo concluído que são insuficientes as evidências para avaliar os efeitos do tratamento hormonal.

No nível das interferências políticas, há explícitas e articuladas tentativas de diminuição dessa idade para 14 anos, ou mesmo a retirada total de qualquer idade - sem qualquer evidência médico-científica que sustente tal redução. A partir disso, o Brasil presenciou uma articulação criminosa, em que organizações fizeram intenso *lobby* para tal objetivo, resultando em uma resolução promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde, e chancelada pela Ministra da Saúde Nísia Trindade Lima, a CNS 715/2023 (CNS, 2023):

Atualizar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para LGBTIA+ e definir as linhas de cuidado, em todos os ciclos de vida, contemplando os diversos corpos, práticas, existências, as questões de raça, etnia, classe, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, pessoas intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, população em restrição de liberdade, em situação de rua, de forma transversal, e integração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; revisão da cartilha de pessoas trans, caderneta de gestante, pré-natal, com foco não binário; com a garantia de acesso e acompanhamento da hormonioterapia em populações de pessoas travestis e transgêneras, pesquisas, atualização dos protocolos e **redução da idade de início de hormonização para 14 anos.**

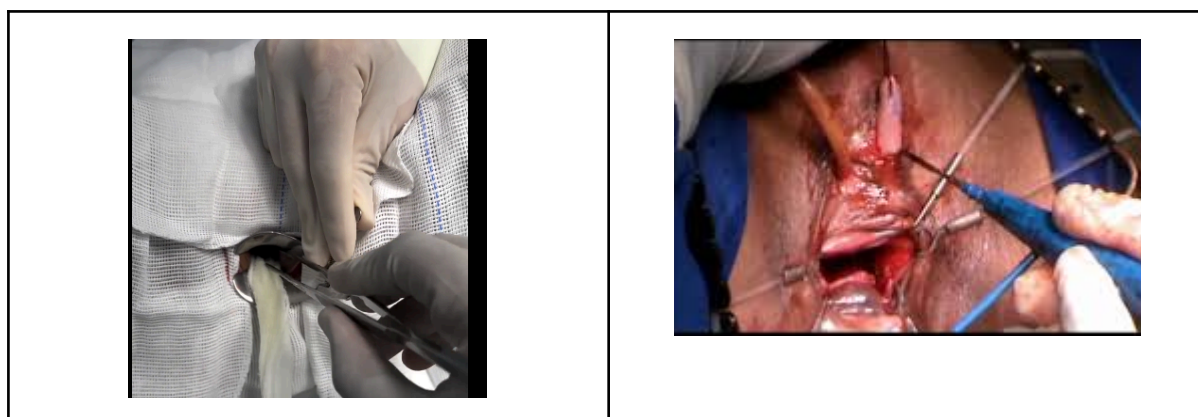
3. Transição física

A transição física consiste na utilização de procedimentos cirúrgicos de grande porte para a chamada “afirmação”, para que o indivíduo de um determinado sexo simule as características do outro sexo. O procedimento mais utilizado é a denominada “transgenitalização”. Permitida, em teoria, somente a partir dos 18 anos no Brasil, há explícitas tentativas de reduzir a idade para procedimentos cirúrgicos de transição física. Traremos a descrição dos processos tal qual estão descritas no SUS, pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013), a título de informação e para evidenciar o projeto que se inicia na infância, por meio da transição social.

Neovaginoplastia

Procedimento de mutilação de pênis para simular um canal vaginal invertendo a pele peniana para uma cavidade construída na região genital. O procedimento é descrito no SUS como “Redesignação sexual no sexo masculino” e é descrito como: orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).

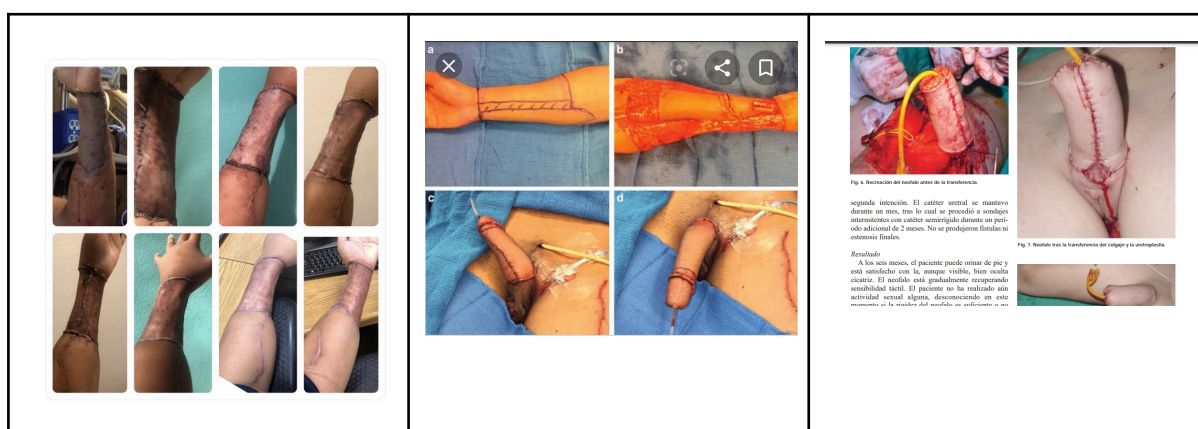
Abaixo algumas fotos referentes a tal procedimento “afirmativo” de gênero¹¹:



¹¹ Disponível em <https://www.transgeneros.com.br/> e https://www.youtube.com/watch?v=sR57_Ky_6Ts

Neofaloplastia

Procedimento realizado em mulheres, onde se enxerta tecido retirado de braços ou pernas para simular um pênis. No SUS, é feito por meio de implante de próteses penianas e testiculares. Abaixo fotos referentes a neofaloplastia¹²:



Mutilação de seios saudáveis

Chamada pelo SUS de “Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador”, consiste na remoção de seios saudáveis de mulheres. A descrição do SUS é a seguinte: “procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar”. Trata-se de outra cirurgia “afirmativa” para mulheres que creem que são homens. O termo eufemístico “top surgery” ou em português, “cirurgia torácica” é bastante utilizado para encobrir a mutilação que envolve a rejeição do corpo natural e saudável de mulheres. Segue exemplo abaixo¹³:

¹² Disponível em <https://twitter.com/CanalCorpoCerto/status/1495750795609976833> e <https://www.redalyc.org/pdf/3655/365540069003.pdf>

¹³ Foto disponível em: <https://gallagherplasticsurgery.com/gender-affirmation-surgery/female-to-male-procedures/>



Retirada de útero e ovários saudáveis

Denominada como “Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador” pelo SUS, e com a descrição de um “Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia”, consiste na retirada de todo o sistema reprodutor feminino.

Retirada do pomo de adão

Com o nome de “Tireoplastia”, consiste em cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador, de acordo com descrição do SUS.

Prótese de silicone em homens

Chama de “Plástica mamária reconstrutiva bilateral no processo transexualizador” é a cirurgia plástica mamária complementar ao processo chamado de “transexualizador”. Trata-se, na verdade, de implantes de silicone para simulação de mamas em homens.



Cirurgias complementares

Os procedimentos de transição física são cirurgias com alto grau de complexidade e estudos indicam que há significativo índice de complicações operatórias, tais como: fistulações, retenção urinária, sangramentos graves, estenose uretral, infecções severas, lesões retais e necrose tecidual (Cristofari e outros, 2019; Sousa e outros, 2019). Apesar dos riscos desses procedimentos mutiladores, o SUS também apresenta “cirurgias complementares de redesignação sexual”, que consistem em mais etapas cirúrgicas para correção dos inúmeros problemas e intercorrências, tais como: em “reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia”.

Todos esses procedimentos não apresentam qualquer recomendação médica plausível. São cirurgias mutiladoras de caráter estético, que seriam consideradas desnecessárias e prejudiciais a saúde (partindo-se do princípio são indivíduos saudáveis), que visam simular características erradas nas pessoas, referente ao sexo que elas não tem. Em última instância, são procedimentos delirantes, pois tem como objetivo “afirmar” que a pessoa é do sexo que ela deseja ser.



DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Desrespeito aos direitos humanos de crianças e adolescentes

Em todas as definições sobre a infância, têm-se como consenso que abaixo de 18 anos a pessoa não é adulta. E na condição de sujeitos em desenvolvimento, crianças e adolescentes possuem direitos específicos e políticas estruturadas para que os protejam integralmente. O ECA (Brasil, 1990) determina que:

“É DEVER da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.”

Destaca-se o direito à vida, direito à saúde, direito à educação, direito ao esporte, direito à dignidade, direito ao respeito, direito à liberdade como os direitos explícita ou implicitamente violados por meio das intervenções delirantes em crianças e adolescentes.

O direito à vida é violado pois todas as intervenções produzidas interferem diretamente na qualidade de vida das crianças e adolescentes, bem como no seu futuro. O direito à saúde é violado, uma vez que a saúde, tanto física quanto psíquica, é prejudicada quando se implementam as intervenções de transição social e hormonais em crianças e adolescentes saudáveis. O direito à educação é violado pois as premissas das concepções ideológicas de gênero não ensinam nada, ao contrário, deseducam. Quando é falado em “ensino de gênero”, distorce-se a realidade corporal, o que é ser menino e ser menina, e desinforma sobre a existência das diferenças sexuais inerentes aos seres humanos. O direito ao esporte é violado para as meninas, que são forçadas a conviver com meninos como se fossem meninas, em competições injustas e perigosas para elas. O direito à dignidade é violado a partir do momento em que não se respeita a livre expressão comportamental da criança como sendo algo possível e natural para o seu sexo, apenas por não se expressar de forma congruente ou não com o seu corpo sexuado. O direito ao respeito é violado na medida em que se interpreta a partir de concepções adultas os comportamentos infantis, desrespeitando a capacidade de livre manifestação das crianças, sua linguagem e seu corpo.



Por fim, sem o respeito a todos esses direitos, não se pode falar em direito à liberdade para as crianças.

De acordo com a Constituição Federal e com o ECA, crianças e adolescentes são pessoas em pleno desenvolvimento. Como pontua Dornelles (2020), a atenção integral a nossas crianças e adolescentes impõe que eles sejam protegidos até de suas próprias más escolhas. Os cuidados devem ser redobrados caso estejamos diante de medidas que colocam em risco a integridade de crianças e adolescentes, com procedimentos incertos e de duvidosos benefícios. A autora prossegue evidenciando as conflitivas em torno da medicalização da infância para supostamente tratar a “incongruência de gênero”, pois o mesmo Conselho Federal de Medicina que afirma ser permitido intervenções cirúrgicas somente a partir dos 18 anos emitiu parecer que autoriza medicação e modificações corporais por meio de hormônios em crianças e adolescentes. Vejamos o trecho em destaque:

Embora a resolução em tela tenha sido publicada em 2020, desde o ano 2013 existe autorização para medicalização e modificação corporal de crianças e adolescentes, segundo o Parecer CFM n. 8/2013, proveniente de uma consultoria da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Assim, há 7 anos, existe autorização do CFM para que médicos prescrevam bloqueadores de puberdade para que, supostamente, as crianças tenham tempo de firmarem suas convicções antes de desenvolverem os caracteres sexuais secundários relativos aos seus sexos biológicos (CFM, 2013). (...) O Parecer n. 8/2013 do Conselho Federal de Medicina, cujo assunto é “Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais”, ao mesmo tempo em que permite a utilização de bloqueadores de puberdade em crianças, **admite que cerca de 80% a 95% dos pequenos que apresentam incongruência de gênero não a apresentará na adolescência.**

Essa é a contradição mais evidente e consistente com o que vários estudiosos se deparam ao pesquisar sobre incongruência de gênero. Afinal de contas, se a suposta incongruência “passará” com a adolescência, por que são realizados procedimentos desde a mais tenra infância? Por que há famílias que mudam documentos dos filhos, alterando o campo “sexo” e modificando o nome registrado na certidão de nascimento, dando início a “transição social” que tende a culminar na transição dita “completa”? (PJERJ, 2019). Ressalta-se que em todas as narrativas em que se afirma mudar o gênero nos documentos, o que se altera, efetivamente, é o campo sexo, pois é este o campo existente nos



documentos, tratando-se de uma violação ao direito das crianças, pois de acordo com o ECA:

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

É evidente que a alteração da realidade por meio da alteração de documentos, onde o campo sexo é alterado para outro que não corresponde ao que de fato a pessoa é, constitui uma violação grave da premissa de preservação da imagem e da identidade, como também viola a autonomia da criança e do adolescente.

Ainda em relação ao ECA, observamos que há um capítulo inteiro referente ao “Direito à Vida e à Saúde” de crianças e adolescentes em que, destaca-se:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

As políticas de alteração corporal e da simulação de outro sexo, erroneamente nomeadas como “políticas de afirmação de gênero”, promovem o desrespeito aos direitos preconizados no ECA, na medida em que não são considerados o direito à saúde da criança e do adolescente, tampouco permitem o seu desenvolvimento saudável. Tais políticas, da mesma forma, violam a possibilidade de existência digna, uma vez que a mentira sobre a realidade corporal de crianças e adolescentes necessariamente produz uma submissão a padrões sexistas pautados em preconceitos e concepções adultas, aos quais a criança e adolescente dificilmente terá recursos para enfrentar.

No que se refere especificamente às intervenções hormonais, o destaque de Dornelles (2020) sobre os diversos perigos em torno da administração de hormônios errados para adolescentes reforça o entendimento da MATRIA. Tais drogas têm como finalidade “simular as características do outro sexo” e embora sejam utilizados nomes para ocultar o que de fato são, os chamados “inibidores de puberdade são, em regra, hormônios artificiais” que apresentam possíveis efeitos colaterais e reações adversas em adultos e crianças, incluindo câncer, diabetes, depressão e tentativas de suicídio”, bem como, em rapazes que



usam estrogênio: esterilidade, depressão, aumento do peso, aumento de risco cardiovascular e câncer de mama (Dornelles, 2020).

Desrespeito a preceitos éticos de pesquisa científica

Induzir alguém a consentir com algo que ela não tem informações ou discernimento suficiente é violência. Crianças (que conforme o ECA são pessoas consideradas em situação peculiar por estarem em processo de desenvolvimento) não têm capacidade civil para consentir com mudanças em seus corpos e com mudanças que alteram a realidade concreta na qual ela vive socialmente. Em termos de capacidade cognitiva, nenhuma criança ou adolescente tem condições de formar a decisão de mudar seu nome, de tomar um medicamento experimental, com efeitos colaterais desconhecidos no longo prazo e sem evidência de segurança.

O que temos visto nessa questão é uma permissão fortemente induzida, e muito mal informada. Para pesquisas e intervenções em geral se utilizam dois tipos de termos para obter autorização dos sujeitos. O termo de consentimento livre e esclarecido, no caso de adultos, e o termo de assentimento livre e esclarecido, para crianças e adolescentes.

De acordo com as definições do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016):

O assentimento livre e esclarecido consiste no exercício do direito de informação do paciente legalmente incapaz, para que, em conjunto com seu representante legal, possa, de **forma autônoma e livre**, no limite de sua capacidade, anuir aos procedimentos médicos que lhe são indicados ou deles discordar. Crianças, adolescentes e pessoas que, mesmo com deficiência de ordem física ou mental, estão aptas a compreender e a manifestar sua vontade por intermédio do assentimento, de forma livre e autônoma, não devem ser afastadas do processo de informação e compreensão do procedimento médico que lhes é recomendado.

Como uma criança poderá compreender intervenções que nem mesmo os médicos têm certeza, não sabem dos efeitos a médio e longo prazo, visto que são experimentais? Como pode-se falar em autonomia e liberdade se, como vimos ao longo desse documento, os procedimentos são baseados em mentiras e irrealidades? A decisão do paciente deveria ser



totalmente livre e autônoma sem qualquer influência de erro, no entanto, é impossível, a partir das premissas ideológicas envoltas na noção de gênero, atingir esse princípio.

O Código de Nuremberg¹⁴ consiste em um conjunto de princípios para determinar os parâmetros éticos de pesquisa com seres humanos, e se originou como uma resposta diante dos horrores das pesquisas realizadas durante a Segunda Guerra Mundial. Trata-se de um documento pequeno que condensa os mais básicos princípios de preservação da dignidade humana para pesquisas (grifos nosso):

1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que **as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento**; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha **sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior**; devem ter **conhecimento suficiente do assunto** em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.
2. O experimento deve ser tal que produza resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente.
3. O experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento.
4. O experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais.

¹⁴ <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=2>



5. **Não deve ser conduzido** qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou **invalidez permanente**; exceto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento.
6. O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe a resolver.
7. Devem ser tomados **cuidados especiais para proteger** o participante do experimento de **qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota**.
8. O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas.
9. O participante do experimento deve ter a liberdade de se retirar no decorrer do experimento.
10. O pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará dano, invalidez ou morte para os participantes.

De acordo com Kipper (2016), as crianças e adolescentes foram excluídas das pesquisas neste código por não ser possível conceber que elas possam dar seu consentimento autônomo, sendo evidente a incompatibilidade de submetê-las a tais “escolhas”.

Outro código que rege a conduta ética médica é a Declaração de Helsinque, adotada pelo Brasil na 64ª Assembleia Geral em outubro de 2013 (WMA, 2024). Esse documento versa sobre experimentos em seres humanos e tem um item específico sobre a proteção dos vulneráveis:



Grupos e pessoas vulneráveis

19. Alguns grupos e indivíduos sujeitos a investigação são particularmente vulneráveis e podem ter maior probabilidade de sofrer abusos ou danos adicionais.

Todos os grupos e pessoas vulneráveis devem receber proteção específica.

20. A investigação médica num grupo vulnerável só se justifica se a investigação responder às necessidades ou prioridades de saúde desse grupo e a investigação não puder ser realizada num grupo não vulnerável. Além disso, este grupo pode beneficiar dos conhecimentos, práticas ou intervenções derivadas da investigação.

A investigação sobre uso de bloqueadores de puberdade e a administração de hormônios errados no corpo não tem justificativa alguma para serem feitas em crianças ou adolescentes, pois não apresentam qualquer argumento de necessidade ou prioridades de saúde deste grupo, tampouco esse grupo obtém qualquer benefício dessas intervenções.

Em síntese, a adoção de qualquer procedimento médico em crianças e adolescentes, sob o argumento de que seriam intervenções “afirmativas de gênero” supostamente inócuas, reversíveis, sem danos ou consequências, é mentirosa e viola declarações internacionais que regem a conduta médica.

A RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP 01/2018)

Em 2018, o Conselho Federal de Psicologia emitiu uma resolução para estabelecer normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis (CFP, 2018). Essa resolução não teve qualquer cuidado de propor um tratamento diferenciado para crianças e adolescentes em relação a suposta “transição de gênero”. A resolução impõe aos Psicólogos a legitimação da noção ideológica de que a percepção errada dos indivíduos em relação ao próprio corpo sexuado deve ser legitimada.

À época, um grupo de Psicólogos emitiu uma carta-manifesto ao Conselho, evidenciando os explícitos equívocos, o caráter contrário às premissas básicas da ciência psicológica presentes nesta resolução bem como o evidente prejuízo da atuação dos psicólogos pelo caráter anticientífico da resolução. O CFP não apresentou qualquer resposta



a tal manifesto, que pode ser acessado no site No Corpo Certo¹⁵. Abaixo, um trecho da carta:

Esta diretriz não está embasada em teorias científicas psicológicas próprias e foi publicada sem a devida discussão prévia e aprofundada com a comunidade profissional em sua diversidade e transformou o fazer da Psicologia numa prática de validação de discursos manifestos - e isto não é bem fazer Psicologia. Muitos acreditam que questionar identidades de gênero equivale a questionar orientações sexuais, associando estes questionamentos a tentativas de “conversão” popularmente conhecidas como “cura gay”. Nada mais longe da verdade, pois, ao contrário da homossexualidade e da bissexualidade, que se referem à escolha do objeto amoroso/sexual e não a uma questão de identidade, a dita incongruência de gênero pode levar a modificações corporais radicais e irreversíveis, inclusive em crianças e adolescentes.

Os psicólogos, acertadamente alertam ao Conselho sobre a confusão com questões relacionadas à homossexualidade e também sobre a possibilidade de diagnósticos de “incongruência de gênero” levarem crianças e adolescentes a modificações radicais e irreversíveis em suas vidas. Os psicólogos da carta-manifesto mostram-se preocupados com o imediato aceite da autopercepção de uma criança ou adolescente, lembrando que tal postura “é uma falha em qualquer teoria do desenvolvimento, de Freud a Bronfenbrenner”. A resolução desconsidera princípios basilares da ciência psicológica, presentes nas mais variadas correntes de pensamento do arcabouço desta ciência. A noção de fantasia compondo a realidade, o caráter imediatista presente na infância, os agrupamentos identitários comuns na adolescência, o desenvolvimento das regras sociais, da noção de consequência das suas ações, os processos de abstração, entre outros, são aspectos ignorados pela resolução sob a premissa da “afirmação” (que é uma negação da realidade).

O Psicólogo não é um profissional que baseia suas intervenções na legitimação de discursos delirantes e desconexos da realidade, como o Conselho Federal de Psicologia impõe no parágrafo único do artigo 7º da resolução: “*As psicólogas e os psicólogos, na sua prática profissional, reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação às suas identidades de gênero*”. Cabe ao psicólogo o questionamento, o estudo dos motivos que causam sofrimento ao sujeito, a reflexão

15

<https://nocorpocerto.com/carta-de-psicologos-e-psicologas-ao-conselho-federal-de-psicologia-sobre-a-resolucao-no-1-2018-do-cfp/>



profunda que tem em seu horizonte o alcance do autoconhecimento, e não a construção de uma fantasia alienada.

A noção de “identidade de gênero” produz confusão sobre o sexo, sobre a realidade corporal e, especialmente para crianças e adolescentes, produz um mascaramento de questões subjetivas importantes que possam estar relacionadas ao desconforto com o próprio corpo. Também acentuam a desconexão corporal, um elemento perigoso em processos de dissociação.

A noção de que crianças ou adolescentes podem ser de outro sexo também acaba por restringir suas expressões genuínas, causando um grave prejuízo psíquico. Quando se compreende que crianças e adolescentes são diversos e podem se expressar sem estar sob controle de estereótipos sexistas, atua-se de forma a promover a autonomia para, independente do sexo que tem, ela possa se expressar de forma plena, sem ser ensinada a odiar seu corpo e receber sinais confusos sobre si.

A resolução do CFP viola o direito à saúde dos pacientes, à autonomia do terapeuta, legitima uma teoria sem lastro material e científico, e estimula a indústria médico-farmacológica. Essa resolução revelou aos psicólogos brasileiros um aprisionamento ideológico e uma negação da ciência psicológica.

“Você quer um filho morto ou um filho feliz?”

O risco de suicídio é um dos principais, senão o principal argumento apresentado aos pais, sempre que se busca induzir crianças ou adolescentes na crença de que são de outro sexo. Um exemplo é o “termo de consentimento” utilizado na clínica AMTIGOS Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual da USP (ALESP, 2023):



1. POR QUE ESTAMOS DESENVOLVENDO ESSA PESQUISA?

Estamos convidando seu(sua) filho(a) a participar de uma **pesquisa** para obtermos novas informações sobre o tratamento da incongruência de gênero na infância e adolescência. Essas informações poderão ajudar seu filho(a) e também outras crianças com a mesma condição.

Estamos fazendo este estudo porque a Incongruência de Gênero é uma condição que pode levar as pessoas a uma tristeza profunda, ansiedade e até vontade de morrer ao não se identificar com o seu próprio corpo, o que pode desencadear depressão, automutilação, tentativa de suicídio e até a sua concretização.

Atualmente não existe no Brasil tratamento específico para crianças e adolescentes e por isso estamos realizando este estudo, para demonstrar a boa resposta ao tratamento e também para conhecer melhor os efeitos colaterais que podem acontecer durante o uso das medicações.

Estamos solicitando a participação de seu filho(a) e de outras crianças e adolescentes porque eles estão na faixa etária de 8 anos até 17 anos e 11 meses, receberam diagnóstico de incongruência de gênero e realizam acompanhamento regular psicológico para esta condição com a equipe de psiquiatria do AMTIGOS.

Extrato de um dos termos de consentimento utilizados nas clínicas médicas de "afirmação de gênero" reproduzidos no Relatório final da CPI da ALESP. pg. 22.

No relatório da CPI da ALESP, os termos de consentimentos afirmam várias vezes que as intervenções são necessárias para evitar o risco de suicídio. Essa afirmação carece de evidências científicas, utilizando recortes de estudos sem impacto que suportem a alegação. Há, por outro lado, pesquisas robustas indicando que intervenções “afirmativas de gênero” não resultam em melhora do estado psíquico dos indivíduos a ela submetidos.

Repetimos: **a afirmação de risco de suicídio é apresentada em um termo de consentimento para pais que estão desesperados por uma solução.** A maioria das pessoas rejeitaria a noção de que crianças ou adolescentes saudáveis precisam receber hormônios errados ou realizar cirurgias mutiladoras para serem “eles mesmos”. Porém, quando há uma consistente manipulação da realidade para suportar a crença de que as pessoas nascem em corpos errados, abre-se o caminho para que pais sejam induzidos urgentemente ajustar esse “erro”, por meio dos “cuidados afirmativos” para evitar que seus filhos cometam suicídio.

Robbins e Broyles (2020), em uma síntese referente ao “mito sobre o suicídio e disforia de gênero em crianças” trazem os seguintes índices relativos a comportamento suicida:



- a. Ser transidentificado aumenta o risco de suicídio por um fator de 13
- b. A anorexia aumenta o risco por um fator de 18-31
- c. A depressão o multiplica por um fator de 20
- d. O autismo aumenta o risco por um fator de 8

Eles explicam que o risco de suicídio entre jovens transidentificados é menor ou comparável ao de outros grupos de jovens em risco. Importante ressaltar que a relação de causa e efeito, bem como a análise de comorbidades não são bem descritas nesses estudos, em razão da existência de um viés ideologizado na grande maioria das pesquisas, partindo-se de premissas em si mesmas equivocadas, o que obscurece uma análise fidedigna dos dados coletados.

Por outro lado, estudos recentes apontam que as intervenções “afirmativas” não têm evidências de melhora aos sujeitos. O acompanhamento por mais de 30 anos de pessoas submetidas a cirurgias mutiladoras de “redesignação sexual” na Suécia, sendo este o maior estudo realizado até o momento, revelou índice de suicídio a uma taxa 19 vezes maior do que a população em geral (Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Långström, Landén, 2011):

Pessoas com transexualismo, após a redesignação sexual, têm riscos consideravelmente maiores de mortalidade, comportamento suicida e morbidade psiquiátrica do que a população em geral. Nossas descobertas sugerem que a redesignação sexual, embora alivie a disforia de gênero, pode não ser suficiente como tratamento para o transexualismo e deve inspirar cuidados psiquiátricos e somáticos aprimorados após a redesignação sexual para esse grupo de pacientes.

Outros estudos indicam que os hormônios bloqueadores de puberdade não produzem melhoras do estado psicológico das crianças. Biggs (2019) revela os resultados convenientemente não publicados de um relatório para o Conselho de Administração da Clínica Tavistock, clínica da Inglaterra fechada sob investigação e escândalos envolvendo condutas antiéticas em crianças confusas sobre seu corpo, no qual estudavam alterações em crianças sob uso de hormônios bloqueadores de puberdade:



Apenas uma mudança foi positiva: "de acordo com seus pais, os jovens experimentam menos problemas comportamentais internalizantes" (conforme medido pela Lista de Verificação do Comportamento Infantil). Houve três mudanças negativas. "Meninas natis mostraram um aumento significativo em problemas comportamentais e emocionais", de acordo com seus pais (também da Lista de Verificação do Comportamento Infantil, contradizendo o único resultado positivo). Uma dimensão da escala de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, preenchida pelos pais, "mostrou uma diminuição significativa no bem-estar físico de seus filhos". O mais perturbador é que, após um ano de bloqueadores, 'um aumento significativo foi encontrado no primeiro item "Eu deliberadamente tento me machucar ou me matar"' (no questionário Youth Self Report). Surpreendentemente, o aumento do risco de automutilação não atraiu comentários no relatório de Carmichael.

Mudanças negativas altamente relacionadas a comportamento suicida, verificadas após o uso de hormônios bloqueadores de puberdade, parecem não interessar aos ativistas disfarçados de pesquisadores. Biggs (2020) também discutiu a suposta prevenção de suicídio em adolescentes que sofrem de disforia de gênero por meio do uso de hormônios bloqueadores da puberdade e afirma "Os problemas psicológicos são, portanto, um fator de confusão que criará uma associação espúria entre suicídio e tratamento". O que temos visto é que são as próprias intervenções "afirmativas" que intensificam os sintomas depressivos e de mutilação, o que pode ser uma explicação mais plausível para os episódios de suicídio, visto que elas promovem a desconexão de si com o seu corpo.

Um outro aspecto não considerado nas pesquisas é que crianças e adolescentes com diversos e graves problemas psicológicos são recusadas para tratamentos medicamentosos. Ativistas afirmam, sem embasamento científico e sem dados concretos, que supostamente a falta de tal medicamento seria o que produziria a intensificação de ideação suicida, desconsiderando que esses sujeitos possuem condições psicopatológicas preexistentes e não tratadas. Tal fato pode ser observado na análise de Biggs (2020), que utilizou dados com falsas correlações entre procedimentos "afirmativos" e índice de suicídio:

Ao discutir seus resultados, Turban et al. (2020, p. 7) admitiram brevemente a possibilidade de que "aqueles sem ideação suicida tinham melhor saúde mental ao buscar atendimento e, portanto, tinham maior probabilidade de serem considerados elegíveis para supressão puberal".



Ora, pesquisas sérias que buscam estabelecer alguma correlação entre problemas psicológicos e a intervenção com hormônios bloqueadores de puberdade, bem como cirurgias, precisam avaliar, mensurar e considerar adequadamente a saúde mental dos sujeitos ANTES que as intervenções ocorram.

Por fim, é consenso na comunidade científica que a exposição a outros suicídios e notícias sobre o fato aumentam a suscetibilidade ao ato (Strosahl 2006). De acordo com Horváth (2018), professor no Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da Universidade da Califórnia, especialista em epidemiologia clínica e também um homem “destrancionado” (viveu por 13 anos acreditando ser uma mulher), há um vergonhoso mecanismo de engenharia social direcionado a afirmações falsas sobre suicídio:

Em contraste, todo tipo de intervenção médica ou social para o suposto benefício de pessoas com disforia de gênero, especialmente jovens, é descrito como “salva-vidas”. O refrão de “salva-vidas” ecoa em todos os lugares no discurso em torno deste tópico. Esta tem sido uma estratégia fundamental para convencer as pessoas de que grandes cirurgias são uma “necessidade médica” - “cuidados básicos de saúde de que precisam para sobreviver”. De acordo com a indústria trans e seus amigos, picos de disforia de gênero devido à transfobia parecem levar quase automaticamente os adolescentes e jovens adultos com disforia de gênero a quererem acabar com suas vidas. É como se estivessem sempre em uma saliência, prontos para pular. Esta repetição incessante do suposto risco de suicídio é como uma nova variação estranha da síndrome de Münchausen por procuração, com a qual adultos ativistas trans e alguns clínicos efetivamente ameaçam suicídio em nome dos jovens. Eles fazem isso para fazer engenharia social, manipular e intimidar médicos, políticos, líderes comunitários e famílias de adolescentes e jovens adultos com disforia de gênero não pertencentes à indústria. Eles estão bem cientes das respostas emocionais que obterão com essa retórica. Enquanto isso, especialistas em prevenção de suicídio sempre recomendaram não enfatizar fortemente o risco de suicídio em uma determinada população.

Uma atitude de validar crenças delirantes, em crianças que já estão mostrando-se confusas sobre si mesmas, vindo de profissionais de saúde, é profundamente preocupante. Robbins e Broyles (2020) relembram que crianças são cognitivamente imaturas, seu pensamento é ainda mais prejudicado quando há ideação suicida. Salientam os autores que não há na literatura médica onde se atribui plena capacidade de discernimento a sujeitos com ideação suicida e transtornos similares, para que eles decidam sobre o seu próprio tratamento.



Por fim, não há comprovação de que crianças vão se suicidar caso não recebam “tratamento” para “mudar o gênero”. O que temos são relatos ANEDÓTICOS de pais e profissionais, fazendo um prognóstico baseado em uma interpretação fortemente questionável e enviesada das falas da criança. É provável, inclusive, e pelo exposto acima, que seja o OPOSTO. À medida que você impõe a ideia de que a criança precisa ajustar seu corpo, se mutilar, para poder se expressar, a dissociação do corpo pode ir se agravando e fatores como ansiedade, depressão e quaisquer outros sintomas subjacentes que não estão sendo tratados, podem ser intensificados.

Homofobia

Quando uma criança do sexo masculino tem interesses em coisas atribuídas às meninas, e vice-versa, há uma dificuldade de alguns pais em aceitar tais comportamentos, as vezes por pressupor que seu filho será homossexual. Como resultado, encontra-se na “solução” de que uma criança está no corpo errado, e na verdade ela deveria ser de outro sexo, uma explicação que surpreendentemente apazigua a angústia dos pais, devido a uma intensa rejeição de que meninos sejam ‘afeminados’ ou meninas sejam ‘masculinas’ demais. Como exemplo trazemos uma reportagem que é bastante ilustrativa de como se dá a dinâmica de imposição de gênero às crianças: “Não queria filho veado”: conheça a trajetória de um pai e a filha trans de 6 anos¹⁶

A reportagem conta a história de um pai que rejeitava todos os comportamentos do filho que indicassem feminilidade. O pai só o aceitou depois de encontrar uma “solução” de “afirmar” que seu filho era na verdade uma menina no corpo errado. Anderson de Almeida confessa na reportagem que era agressivo e tinha vergonha por achar que o filho era gay. Nesse processo de “afirmar” o filho como uma menina, há indícios, pelos relatos, de ter sido uma imposição dos pais respaldada por profissionais:

¹⁶

<https://www.bol.uol.com.br/entretenimento/2017/12/15/nao-queria-filho-veado-conheca-a-trajetoria-de-um-pai-e-a-filha-trans-de-6-anos.htm>



“A Carolina adorava pegar as roupas da mãe. Na tentativa de impedi-la, eu coloquei uma fechadura e tranquei o quarto. Xingava e batia no meu filho, ele se escondia com medo. Quando o Murilo apresentou esses trejeitos afeminados, eu culpei a minha esposa e fiquei uma semana em casa, sem ir trabalhar, para descobrir se ela estava o influenciando”.

Nota-se a violência e repressão por não corresponder às expectativas de comportamentos esperados para um menino. Anderson diz na reportagem que não tinha amor, e que não queria ter filho “veado” em casa. Quando o pai encontrou na noção de “identidade de gênero” uma explicação, ele ressignifica sua leitura sobre o filho: *“Só depois eu aprendi que identidade de gênero não tem nada a ver com orientação sexual. E que transgênero é a pessoa que não se identifica com o sexo e com corpo em que nasceu”*.

Observa-se aqui que o rótulo continuou e se aperfeiçoou: “se gosta de coisas afeminadas, é menina”, tanto que o relato do pai confirma que sua conclusão foi baseada em comportamentos comuns de uma criança em desenvolvimento e explorando o mundo: *“Ela colocava fralda de pano na cabeça para fingir que tinha o cabelo comprido, mas eu tirava e forçava ela a brincar de carrinho”*. O pai da criança, Anderson, forçou o filho a ter comportamentos “de acordo”, pois acreditava que deveria haver uma relação entre brinquedos, brincadeiras e o sexo da criança.

Dizer para uma pessoa que, para fazer o que gosta, precisa ser de outro sexo, é sexismo. Olhar para os comportamentos de uma criança e classificá-los como “gay, hétero, lésbica” é antecipar a sexualidade que se constrói ao longo do desenvolvimento e começa a se delimitar na adolescência. Há uma evidente homofobia nas atitudes de adultos em relação às diferenças comportamentais de crianças e adolescentes em vários casos observados em relatos espontâneos na internet.

Na medida em que não se tolera a ideia de uma criança vir a ser homossexual no futuro, a “explicação” de que esta nasceu no corpo errado, que seus comportamentos não correspondem ao sexo de nascimento, ganham força. É a versão atual para a chamada “cura gay”. Essa noção de que há comportamentos que devem corresponder ao sexo, em si, evidencia uma repressão da diversidade de expressões das crianças, que estão sendo apenas crianças explorando o mundo, sem rotularem-se como sendo comportamentos de menino ou de menina.



Autismo

Recentemente, foi divulgado o escândalo da clínica de “transição de gênero” Tavistock na Inglaterra. A clínica ignorou as evidências de que 97,5% das crianças que buscavam mudanças de sexo tinham autismo, depressão ou outros problemas (Telegraph, 2023). Tavistock foi processada por mais de 1.000 famílias por apressar a transição hormonal e cirúrgica em crianças e adolescentes¹⁷. Após o fechamento da clínica, os dados expostos foram assustadores: 97,5% dos menores atendidos para iniciar o processo de transição de gênero tinham alterações psicológicas e sociais. E 70% sofriam de pelo menos cinco disfunções ao mesmo tempo: ansiedade, depressão, abuso, automutilação, bullying, distúrbios alimentares e tentativas de suicídio¹⁸.

A MATRIA se preocupa com crianças neuroatípicas diagnosticadas ou não, que possam ser influenciadas pela ideia da “infância trans”. Pessoas neurodiversas geralmente apresentam dificuldade de adequação e interação social, que pode ocorrer em diversas condições de saúde, como Transtorno do Espectro Autista, Transtorno da Personalidade Limítrofe, Altas Habilidades e Superdotação, Transtorno Bipolar, etc. Mais especificamente em relação ao autismo, Warrier e colaboradores (2020), em seu artigo de revisão sistemática de diversos estudos científicos, demonstrou haver uma maior taxa de pessoas auto identificadas como transgêneras entre a população autista quando comparado com o restante da população.

A hipótese trazida no estudo é que pessoas no espectro autista possivelmente vivam por muito tempo em suas vidas com a sensação de não se encaixarem socialmente. Essa é uma característica comum do espectro, que possui, dentre outros critérios diagnósticos, a presença de déficits persistentes na comunicação social e na interação social. Sendo assim, é muito provável que uma criança autista, que já possui dificuldades de comunicação e socialização, ao perceber que não espelha exatamente os padrões esperados para um gênero, seja levado a crer que é uma criança do sexo oposto.

¹⁷

<https://www.thetimes.co.uk/article/tavistock-gender-clinic-to-be-sued-by-1-000-families-lbsw6k8zd>

¹⁸

<https://veja.abril.com.br/coluna/mundialista/tudo-errado-clinica-na-inglaterra-forcava-mudanca-de-genero-p-recoce>



Contágio Social

Em 2018, após observar o aumento exponencial de jovens, em sua maioria, meninas, procurando clínicas de afirmação de gênero, a Dra Lisa Littman, médica da Brown University, USA, iniciou pesquisa científica que, mais tarde, cunharia o termo Disforia de Gênero de Início Rápido. Dra Lisa e seus resultados foram intensamente perseguidos após a publicação, tendo seu estudo sido retirado do site da Universidade por pressão da Comunidade Transativista.

Suas principais descobertas foram:

- A idade média quando anunciaram que eram transgêneros era de 15,2 anos.
- 41% das crianças expressaram orientação não heterossexual antes de se identificarem com o transgênerismo.
- 62,5% das crianças tiveram diagnóstico de pelo menos um transtorno de saúde mental ou transtorno do neurodesenvolvimento (como autismo) antes do início da disforia de gênero.
- 36,8% das crianças tinham grupos de amigos nos quais a maioria se identificava como transgênero.
- 47,2% das crianças tiveram um declínio na saúde mental DEPOIS de expressar disforia de gênero.
- 57,3% tiveram um declínio no relacionamento pais-filhos após expressar disforia de gênero.
- 25% pararam de passar tempo com amigos não transgêneros.
- 49,4% tentaram se isolar de suas famílias.
- 46,6% confiam apenas em informações de fontes transgênero.
- 86,7% dos jovens depois de expressar disforia de gênero mostraram um aumento no uso de redes sociais/internet OU pertenceram a um grupo de amizade em que um ou vários amigos se identificaram como transgênero no mesmo período.

Os resultados da Dra Littman contradizem as afirmações de grupos transativistas. A primeira seria que “as crianças sempre foram assim desde a mais tenra infância, crianças trans”. Pelo contrário, a maioria dos adolescentes pesquisados nunca havia tido problemas



com seu corpo sexuado até então, as dúvidas sobre seu “gênero” surgiram após a idade de 15 anos.

A segunda afirmação dos grupos transativistas é que a “transição os havia deixado mais felizes”. Os números da pesquisa demonstram o contrário: quase 50% dos pesquisados tiveram declínio em sua saúde mental após o diagnóstico.

Diaz e Bailey (2023), publicaram um estudo que reforçou a tese de contágio social da disforia de gênero, conforme Littman. Bailey escreveu no *The Free Press*¹⁹ sobre a censura de sua pesquisa endossando Littman, revelando que sua pesquisa foi retratada não por haver qualquer conflito ético ou falha metodologias, mas sim unicamente pelo fato de que foram fornecidas evidências robustas que o contágio social corrobora para disseminar a crença na ideologia de gênero, um fato científico combatido pelos ativistas.

DESTRANSICIONADOS - PESSOAS QUE DESISTEM DE FINGIR SER DE OUTRO SEXO

Grupos ativistas da “ideologia de gênero” costumam afirmar que os casos de arrependimento de pessoas que realizaram a transição de gênero, os chamados “destransicionados”, são raros e seriam, portanto, irrelevantes. Na realidade, há um crescente número de pessoas “destransicionadas” que buscam ser reconhecidas como “sobreviventes de danos iatrogênicos” (Jorgensen, 2023), ou seja, pessoas que passaram por danos materiais ou psíquicos pela má prática médica.

Keira Bell, uma jovem britânica, foi desde a tenra idade uma menina “que gostava de coisas de menino”. Quando tinha 15 anos, Keira não se sentia feliz com o seu corpo e tinha problemas de relacionamento com a mãe, que era alcoólatra. Encontrou na internet informações sobre mudanças de gênero e procurou uma clínica especializada, a Tavistock na Inglaterra. Após apenas 3 consultas, iniciou a hormonização. Aos 20 anos fez uma dupla mastectomia. Hoje, aos 24 anos, se arrependeu dos procedimentos e está processando o sistema de saúde inglês por ter permitido e incentivado sua transição.

O sueco Mikael Rehlin Kruse sempre teve desconfortos com seu corpo masculino e se sentia bem quando estava “vestido de mulher”²⁰. Em 2015, após algumas consultas, foi diagnosticado com disforia de gênero. Alterou seus documentos, iniciou tratamento com

¹⁹ <https://www.thefp.com/p/trans-activists-killed-my-scientific-paper>

²⁰ <https://vallentunanya.se/nyheter/deras-relation-haaller-trots-tvaa-konsbyten/1415>



hormônios do sexo feminino, entrou na fila para cirurgias estéticas do sistema de saúde da Suécia. Após os procedimentos, a angústia e o sofrimento psíquico não diminuíram. Após 7 anos “vivendo como mulher”, buscou outro médico psiquiatra para uma segunda opinião. Foi diagnosticado com TDAH e Transtorno do Espectro Autista. Destransicionou e hoje vive bem com o seu corpo sexuado masculino.

Chamam a atenção os casos cada vez mais crescentes de pessoas diagnosticadas com disforia de gênero, que vivem por anos em busca de uma suposta conformidade física e psíquica, geralmente induzidas por profissionais ativistas da ideologia, que acabam persistindo num melhor diagnóstico e descobrem que viveram uma ilusão. São indícios de que esse diagnóstico pode ser transitório e de como a suposta “terapia de afirmação de gênero” pode ser desastrosa.

É importante salientar que qualquer tipo de intervenção que induza a noção de que a criança ou adolescente está no corpo errado trata-se de um erro médico. A indicação, em especial na infância e adolescência, desrespeita o fato de que a própria fase é marcada pela transitoriedade do processo de desenvolvimento físico e mental do ser humano.

CONCLUSÃO

A concepção do termo “criança trans” pressupõe que haveria uma dissonância entre o corpo biológico da criança e a sua identidade, ou seja, está embasado na suposição de que a criança teria nascido no corpo errado. Não existe “criança trans”, assim como não existe “criança cis”. Existem, simplesmente, crianças que agem como crianças, explorando o mundo, brincando, interagindo, descobrindo formas de ser e de se expressar.

É evidente que há uma violência quando a sociedade impõe às crianças que não se expressam de forma supostamente “correspondente” (congruente) ao seu sexo que precisariam transicionar, ou seja, forçosamente entrar em conformidade física e social com outro sexo apenas para estar de acordo com o que seria esperado pela sociedade. “Se gosta de vestido, precisa ser do sexo feminino”. Essa violência tem como pressuposto a ideia de que há uma correspondência entre sexo e gênero, o que, no fundo, é bastante simplista e sexista. Esse pressuposto é falso e essas ideias precisam ser fortemente combatidas.



É importante ressaltar que não existe separação entre “transição social” e “física” - uma intervenção leva à outra; é essa a finalidade que se observa nos casos relatados, pois com a aplicação do “protocolo afirmativo”, a criança / adolescente é induzido a seguir com o processo e ir até o fim.

Meninos e meninas que receberam diagnósticos como “disforia de gênero” e “incongruência de gênero” e/ou que se identificam como “transgêneros” estão passando por intervenções com sérios efeitos colaterais. Uso de compressas para esconder seios, aplicação de hormônios, cirurgias irreversíveis, negação da realidade sexual, criação de identificações de gênero variadas, inconstantes e confusas.

Observamos, com muito espanto, que as crianças são intituladas como “trans” a partir do entendimento, olhar e interesse de um adulto. Tem sido difícil construir diálogos produtivos sobre esse tema, pois qualquer postura questionadora vem sendo compreendida como crime de “transfobia”, como uma negação da existência de crianças que não agem “de acordo” com o esperado. Portanto, reforçamos o entendimento de que o que se questiona é o olhar adultocêntrico, patologizante e medicalizador direcionado para o comportamento e gosto das crianças, resultando na aplicação de rótulos descolados e que negam sua realidade corporal, representando perigos a sua integridade física, emocional e psicológica, além de prejuízos cognitivos irreversíveis.

A partir de todo o exposto, a MATRIA evidencia que o olhar adultocêntrico para as expressões das crianças produz a noção equivocada de que crianças supostamente nasceriam em um corpo errado. Compreendemos que o uso das palavras não é neutro, inocente e sem consequências. As palavras devem buscar corresponder a realidade e não negá-la, ocultá-la, distorcê-la. É preciso garantir que crianças não sejam discriminadas por não atenderem expectativas sociais rígidas sobre suas expressões, que se evite o preconceito e a discriminação. Em nome de uma suposta diversidade, estamos retrocedendo na proteção às crianças. Em nome de uma suposta inclusão, acaba-se mentindo para as crianças e cerceando suas expressões naturais. Em nome de uma agenda, estamos reajustando crianças e adolescentes em uma série de estereótipos sexistas.

Esperamos que essas diretrizes auxiliem as autoridades, aos legisladores, aos políticos, aos pais e aos profissionais, para que considerem com maior cuidado decisões que possam impactar negativamente na vida de nossas crianças e adolescentes brasileiros.



Apêndice - Sou Pai/Mãe ou Responsável por um adolescente, como lidar com essas questões:

O fim da infância pode ser um momento desafiador para muitas famílias. Aquela criança doce e participativa pode se transformar em um pequeno e combativo questionador em poucos meses. Aquela menina que contava animada em casa sobre as atividades da escola, dá lugar a uma pré adolescente mal humorada que não quer conversar sobre nada.

Você, pai ou mãe, é responsável pela educação do seu filho. A escola não é responsável pela educação de seu filho, muito menos a internet. Entendemos que a vida está cada vez mais corrida e as obrigações da vida adulta se multiplicam, mas nada é mais importante que a saúde mental do seu filho ou filha. Qual a última vez que vocês almoçaram juntos? As refeições são feitas em família? Qual a última vez que saíram para caminhar juntos, apenas para conversar, sem celular e sem interferência de terceiros? Os pais precisam assumir as rédeas da educação dos seus filhos. Se você leu até aqui, com certeza é o seu objetivo.

Até aqui trouxemos dados sobre como a falsa ideia que se pode nascer no corpo errado produz danos para nossos jovens e famílias. Mas como lidar com um pré adolescente que chega em casa afirmando que está confuso com seu corpo? Como lidar quando notamos o avanço desse assunto na roda de amigos dos nossos filhos? Touxemos abaixo sugestões de profissionais de saúde mental que trabalham arduamente para salvar nossas crianças dessa ideologia nefasta.

- a) Restrinja o acesso a redes sociais e a internet. Está amplamente provado que existe o contágio social e é preciso afastar o adolescente desse meio. Se seu filho já apresentou dúvidas sobre “gênero”, o ideal é retirar 100% o smartphone e o acesso a redes sociais. Mas se não for possível, coloque horários: internet apenas até as 18h, depois disso leitura ou momento de ócio. Será difícil nos primeiros dias, mas temos depoimentos que em 1 semana já se observa melhora na confusão de gênero do adolescente.
- b) Esporte: incentive a praticar esportes e mexer o corpo. Volei na escola, skate no bairro, caminhada no parque. O adolescente precisa gastar energia e deixar a endorfina ser liberada.



- c) Acesso a natureza: jovens precisam ter acesso a natureza pelo menos 1x por semana. Caminhada em parques, uma horta nos fundos de casa, uma trilha, acampar. Vá junto e aproveite esse momento para conversarem e estreitarem laços.
- d) Nomeação correta das mudanças do corpo na adolescência: principalmente para meninas. A partir dos 9 anos o corpo começa a dar sinais de mudanças. Seios que começam a aparecer, a menarca. Sua menina precisa saber todos os processos de amadurecimento de seu corpo e como isso é normal e saudável. Não deixe para a escola essa educação corporal, converse com ela. Fale também sobre limites de toque e como os olhares masculinos podem mudar. Infelizmente é a sociedade que vivemos e é muito importante que ela saiba o que pode ocorrer.
- e) Acesso à arte. Sabemos que nem toda família tem acesso a cursos de artes, mas as prefeituras costumam ter escolas de arte gratuitas. Se não houver na sua cidade, incentive a visita a museus e partes históricas de sua cidade. O acesso à arte alimenta a alma, estimula a expressão de angústias e seu adolescente pode se beneficiar muito disso.
- f) Controle de amizades: Ser pai e mãe é um desafio intenso, maravilhoso, mas muitas vezes exige decisões difíceis. Já falamos muitas vezes sobre os perigos do contágio social e ele não está apenas na internet, mas pode estar na escola ou nas amizades externas. Conheça os amigos de seus filhos e faça esse controle. Se ele estiver envolvido em grupos cheios de jovens com desconforto de gênero, converse sobre o tema e mude-o de escola, se necessário.
- g) Não ceda a “mudanças de pronomes” e mudança de nome. Seu filho ou filha tem o nome que foi batizado de acordo com o seu sexo. Não caia em chantagens sobre “chamar por pronome favorito”. Esse é o primeiro passo para a transição social. Não permita.

A geração nascida após os anos 2010 nasceu fortemente sob controle da virtualização promovida pelo acesso da internet. São crianças expostas a informações em uma velocidade impensável até 30 anos atrás. Isso é maravilhoso, mas também um ponto de atenção. O que nossos filhos estão vendo em tempo real na internet? A que tipo de exposição e julgamentos estão submetidos? Com quem conversam? Suas amizades são reais ou apenas virtuais? Eles tem tempo de ociosidade? Ou estão sempre conectados? Tem contato com a natureza? Com



a família? Avós, tios e primos. As crianças e jovens precisam de mais vida real e menos vida virtual.



MATRIA

REFERÊNCIAS

ALESP. Relatório Final da CPI - Tratamento para Transição de Gênero em Crianças e Adolescentes no HC-São Paulo, 2023. Disponível em:

<https://al.sp.gov.br/comissao/cpi/?idLegislatura=20&idComissao=1000001045>

AMERICAN COLLEGE OF PEDIATRICIANS. Intervenções transgênero prejudicam crianças. Disponível em: <https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children>

AMERICAN COLLEGE OF PEDIATRICIANS. Gender dysphoria in children. Issues Law Med. 2017 Fall;32(2):287-304. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29108153/>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETO, M. M. Avanços, equívocos e retrocessos nas lutas identitárias. Extra Classe. Disponível em:

<https://www.extraclasse.org.br/geral/2021/10/avancos-equivocos-e-retrocessos-nas-lutas-identitarias/>

BIGGS, Michael. Puberty Blockers and Suicidality in Adolescents Suffering from Gender Dysphoria. Arch Sex Behav. 2020 Oct;49(7):2227-2229. doi: 10.1007/s10508-020-01743-6. Epub 2020 Jun 3. Erratum in: Arch Sex Behav. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32495241/>

BIGGS, Michael. Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, vol. 34, no. 7, 2021, pp. 937-939. <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>

BIGGS, Michael. A experimentação de Tavistock com bloqueadores da puberdade: examinando as evidências. Transgender Trend, 2019. Disponível em:

<https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/>



BRASIL ESCOLA. **Cisgênero-transgênero**. Disponível em:

<https://brasilecola.uol.com.br/sexualidade/cisgenero-transgenero.htm>

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 227, p. 1-10, 20 nov. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html

CHENG, P., PASTUSZAK, A., MYERS, J., GOODWIN, I., HOTALING, J.. **Fertility concerns of the transgender patient**. *Translational Andrology and Urology, North America*, 8, jun. 2019. Disponível em: <https://tau.amegroups.org/article/view/26091>

CHEW D, ANDERSON J, WILLIAMS K, MAY T, PANG K. **Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review**. *Pediatrics*. 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29514975/>

CICIONE, A., NACCHIA, A., GUERCIO, A. *et al.* **Cardiovascular adverse events-related to GnRH agonists and GnRH antagonists: analysis of real-life data from Eudra-Vigilance and Food and Drug Administration databases entries**. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 26, 765-771 (2023). Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/s41391-022-00640-4>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 1, publicada em 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis**. 2018, Brasília.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023**.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 2265 de 2019**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer 08 de 2013**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação nº 1/2016**. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf

CRISTOFARI S, BERTRAND B, LEUZZI S, REM K, RAUSKY J, REVOL M, ATLAN M, STIVALA A. **Postoperative complications of male to female sex reassignment surgery: A 10-year French retrospective study**. Ann Chir Plast Esthet. 2019 Feb;64(1):24-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269882/>

DAVIS, Susan R; BABER, Rodney; PANAY, Nicholas; BITZER, Johannes; PEREZ, Sonia Cerdas; ISLAM, Rakibul M; KAUNITZ, Andrew M; KINGSBERG, Sheryl A; LAMBRINOUDAKI, Irene; LIU, James; PARISH, Sharon J; PINKERTON, JoAnn; RYMER, Janice; SIMON, James A; VIGNOZZI, Linda; WIERMAN, Margaret E. **Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women**. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 104, Issue 10, October 2019, Pages 4660-4666. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/104/10/4660/5556103>

DHEJNE C, LICHTENSTEIN P, BOMAN M, JOHANSSON AL, LÅNGSTRÖM N, LANDÉN M. **Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden**. PLoS One. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043071/>

DIAZ, S., BAILEY, JM ARTIGO RETRATADO: **Disforia de gênero de início rápido: relatos de pais sobre 1655 casos possíveis**. Arch Sex Behav 52 , 1031-1043 (2023). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02576-9>



DORNELLES, Tatiana Almeida de Andrade. A “disforia de gênero” infantojuvenil e o direito fundamental da proteção integral da criança e do adolescente. Um debate necessário. In Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União, Brasília: ESMPU, 2020.

ELMLINGER M W. KUHNEL W., RANKE M. B. Reference ranges for serum concentrations of lutropin (LH), follitropin (FSH), estradiol (E2), prolactin, progesterone sex hormone binding globulin (SHBG), dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S), cortisol and ferritin in neonates, children, and young adults. Clin Chem Lab Med 2002.

GOOREN, Louis J. Ethical and Medical Considerations of Androgen Deprivation Treatment of Sex Offenders. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 96, Issue 12, 1 December 2011, Pages 3628-3637, Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1540>

HABERLEN, Joachim C. Feeling Like a Child: Dreams and Practices of Sexuality in the West German Alternative Left during the Long 1970s. Journal of the history of sexuality, 2016-05, Vol.25 (2), p.219-245. Disponível em: https://search.library.wisc.edu/article/cdi_proquest_journals_1784793399

HORVÁTH, Hacsí MA. O Teatro do Corpo: Um epidemiologista destransicionado examina a suicidalidade, a afirmação e a identidade transgênero. 4thWaveNow, 2018. Disponível em: <https://4thwavenow.com/2018/12/19/the-theatre-of-the-body-a-detransitioned-epidemiologist-examines-suicidality-affirmation-and-transgender-identity/>

JORGENSEN S. C. J. Iatrogenic Harm in Gender Medicine. J Sex Marital Ther. 2023;49(8):939-944. Epub 2023.

KIPPER, Délio José. Ética em pesquisa com crianças e adolescentes: à procura de normas e diretrizes virtuosas. Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (1): 37-48



LIDLAW, M. K. (2020, January 13). **The Pediatric Endocrine Society’s Statement on Puberty Blockers Isn’t Just Deceptive. It’s Dangerous.** *Public Discourse*. Disponível em: <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/01/59422/>

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

MALONE, William. D’ANGELO, Roberto. BECK, Stephen. MASON, Julia. EVANS, Marcus. **Puberty blockers for gender dysphoria: the science is far from settled.** *The Lancet Child & Adolescent Health*. VOLUME 5, ISSUE 9, E33-E34, SEPTEMBER 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00235-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00235-2/abstract)

MCPHERSON, S., FREEDMAN, D. E. P. (2023). **Psychological Outcomes of 12-15-Year-Olds with Gender Dysphoria Receiving Pubertal Suppression in the UK: Assessing Reliable and Clinically Significant Change.** *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(3), 315-325. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2023.2281986?src=recsys>

MISKOLCI, R. **Batalhas Morais. Política Identitária Na Esfera Pública Técnico-Mediatizada.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2021, 112p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria.** NHS England, 2020. Disponível em: <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

ONU, 2020. **ONU promove reunião técnica sobre intersexo com profissionais da área médica.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/104038-onu-promove-reuniao-tecnica-sobre-intersexo-com-profissionais-da-area-medica>



PARENT RESOURCE GUIDE. **Responding To The Transgender Issue**. Minnesota Family Council, 2019. Disponível em:
<https://genderresourceguide.com/wp-content/themes/genderresource/library/documents/NPRGFullDocumentPrintV17.pdf>

PJERJ. PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Justiça autoriza criança a mudar nome e gênero em documento**. 2019. Disponível em:
<https://www.tjrj.jus.br/web/guest/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5111210/6423924>

ROBBINS, Jane W. BROYLES, Vernadette R. **The Myth about Suicide and Gender Dysphoric Children**. American College of Pediatricians study, 2020. Disponível em:
<https://acpeds.org/assets/for-GID-page-1-The-Myth-About-Suicide-and-Gender-Dysphoric-Children-handout.pdf>

SIGUSCH, V. **A Revolução Neossexual**. Arch Sex Behav 27 , 331-359 (1998) Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018715525493#citeas>

SISK, Cheryl L., ZEHR, Julia L. **Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior**. Frontiers in Neuroendocrinology, Volume 26, Issues 3-4, 2005. Pages 163-174. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302205000488>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020. **Guia Prático de Atualização. Incongruência/Disforia de gênero atualizado e revisado**. Departamento Científico de Adolescência. (2019-2021) Disponível em:
[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia - 16 - 22373c-GPA - Incongruencia-DisforiaGenero.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_16_-_22373c-GPA_-_Incongruencia-DisforiaGenero.pdf)

SOUSA, ECD; VILAÇA, DHV; PEREIRA, Ivina LL; RIBEIRO, LADSL; COSTA, MMRD; CALU, ECL; MARIANO, FC; JÚNIOR, AADL; LUCENA, PAF. **Complicações operatórias na cirurgia de redesignação sexual: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Revisão de Saúde , [S.



l.] , v. 3, pág. 1624-1632, 2019. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1415>

STROSAHL KD, CHILES JA. **Suicidal and self-destructive behavior**. In: Fisher JE and O'Donohue WT (eds). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. New York: Springer, 2006.

TELEGRAPH, 2023. **Tavistock clinic ignored link autism transgender children**. Disponível em:

<https://www.telegraph.co.uk/news/2023/02/14/tavistock-clinic-ignored-link-autism-transgender-children/>

TRANSGENDER TREND. **A childhood is not reversible**. 2022a. Disponível em: <https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2022/02/A-childhood-is-not-reversible.x59327.pdf>

TRANSGENDER TREND,. **When a teenager says they're transgender**. 2022b. Disponível em: <https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2022/04/When-a-teenager-says-theyre-transgender.x59327.pdf>

WARRIER, Varun, GREENBERG, David M, WEIR, Elizabeth , BUCKINGHAM, Clara, SMITH, Paula, LAI, Meng-Chuan, ALLISON, Carrie, BARON-COHEN, Simon. **Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals**. *Nature Communications* volume 11, Article number: 3959 (2020). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-17794-1>

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [citado 20 ago 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>



WMA - ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaración De Helsinki De La Amm - Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos.** 2024. Disponível em:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

WPATH. **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero.** 2012. Disponível em:

https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf