

Novas diretrizes médicas e terapêuticas para questões de gênero e o Princípio do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente

Cassius Assunção Martins

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte (UniNorte) e em Administração da Escola Superior de Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Eugenia Rodrigues

Graduada em Direito e Comunicação Social, na habilitação Jornalismo, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“A proteção, com prioridade absoluta, não é mais obrigação exclusiva da família e do Estado: é um dever social.”

(TÂNIA DA SILVA PEREIRA)¹

Resumo: Em 2013, o Conselho Federal de Medicina publicou o Parecer n. 8/2013, autorizando intervenções hormonais em menores de 18 anos com diagnóstico do até então denominado “transtorno de identidade de gênero”. Essas diretrizes foram ampliadas pela Resolução n. 2.265/2019, do mesmo órgão, que autorizou cirurgias irreversíveis a partir dos 18 anos de idade e não mais 21. Em 2018, consonante, o Conselho Federal de Psicologia emitiu a Resolução n. 1/2018, na qual exige, sob pena de punição disciplinar, que os profissionais validem identidades trans e travestis, independentemente de suas idades. Este artigo visa a despertar uma reflexão sobre o impacto da abordagem de “afirmação de gênero”

1 PEREIRA, Tânia da Silva. O princípio do “melhor interesse da criança”: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Direito de Família*, n. 6, 2000.

no geral e dessas normas, em particular, nos direitos já conquistados das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Crianças. Adolescentes. Disforia de gênero. Direito. Psicologia. Saúde.

Abstract: In 2013, the Federal Council of Medicine published Opinion 8/2013, authorizing hormonal interventions in children under 18 diagnosed with until then called “gender identity disorder”. These guidelines were expanded by Resolution 2.265/2019, of the same one, which authorized irreversible surgeries from the age of 18 and no longer 21. In 2018, in a consonant manner, the Federal Council of Psychology issued Resolution 1/2018, in which it requires, under penalty of disciplinary punishment, that professionals validate trans and transvestite identities, regardless of their ages. This article aims to awaken a reflection on the impact of the Gender Affirmation approach in general and of these norms, in particular, on the rights already achieved by children and adolescents.

Keywords: Children. Teens. Gender dysphoria. Right. Psychology. Health.

Sumário: 1 Introdução. 2 Breve histórico dos diagnósticos e tratamentos baseados em gênero. 3 Uma reflexão inicial sobre as Resoluções n. 1/2018 do CFP e n. 2.265/2019 do CFM e a problemática da “afirmação de gênero”. 4 O modelo “afirmativo de gênero” atende ao Princípio do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente? 5 Considerações finais.

1 Introdução

“Who knows best?” é o nome de um documentário canadense da BBC sobre crianças e jovens que expressam confusão ou sofrimento acerca de seus corpos.² A obra foi considerada polêmica por entrevistar tanto os profissionais favoráveis ao novo modelo *gender-affirming* (“afirmativo de gênero”, como mudança de nome social, uso de hormônios e cirurgias) quanto aqueles com olhar de desconfiança, como o veterano psicólogo norte-americano Kenneth Zucker. Neste artigo, não se

2 Disponível em: <https://www.bbc.co.uk/programmes/n3csk76j>.

busca responder a esta pergunta, mas sim *fazê-la* publicamente: qual o caminho que melhor atenderia aos interesses dessa população?

O Brasil integra formalmente o grupo de países que autorizam a abordagem *gender-affirming* desde 2013, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) opinou favoravelmente às modificações corporais em menores de 18 anos, no bojo do Parecer n. 8/2013 e da Resolução n. 2.265/2019, na qual o órgão reafirmou esse modelo de tratamento e sugeriu a redução da idade mínima para as cirurgias irreversíveis de 21 para 18 anos. Essa abordagem foi reafirmada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) na Resolução n. 1/2018, prevendo punições para profissionais que não legitimarem identidades trans e travestis no âmbito profissional, independentemente da idade. O presente questionamento foi feito em todos os países que, assim como Estados Unidos, Canadá e Argentina, aprovaram intervenções físicas para essa faixa etária; acreditamos que essa mudança de paradigma contou com uma adesão precipitada, ainda que baseada nas melhores intenções. Duas das poucas iniciativas concretas contra a redução da idade mínima autorizada pelo CFM são o PDL n. 19/2020, da deputada federal Chris Tonietto, e um procedimento instaurado pelo Ministério Público Federal.³ Assim, nas palavras de Dornelles:⁴

Existe um direito fundamental à proteção integral da criança e do adolescente, devendo ser considerada sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, conforme previsão expressa da Constituição Federal. A discussão da transição social e corporal dos jovens não pode ser omitida, especialmente por meio de perseguições ou acusações genéricas de transfobia. É um tema polêmico, controverso e extremamente sensível, que necessita ser discutido

3 MPF QUESTIONA CFM sobre terapias hormonais de mudança de sexo a partir dos 16 anos. *Gazeta do Povo*, Goiás, 22 de janeiro de 2020. Vida e Cidadania. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/mpf-questiona-cfm-mudanca-sexo-terapias-hormonais-16-anos>. Acesso em: 19 out. 2020.

4 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: BRANCO *et al.* (org.). *Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União*. Brasília: ESMPU, 2020. p. 747.

com franqueza, liberdade e responsabilidade para com os melhores interesses da criança e do adolescente.

Este artigo visa a fomentar a reflexão: as novas diretrizes, a longo prazo, atendem ou contrariam o princípio do maior interesse das crianças e adolescentes, assegurado na legislação brasileira constitucional e infraconstitucional?

2 Breve histórico dos diagnósticos e tratamentos baseados em gênero

Diagnósticos de “inversão sexual” e “transexualismo” começaram a ser aplicados a partir do momento em que determinadas descobertas e serviços médicos foram disponibilizados pela medicina na metade do século XIX. Esse diagnóstico era atribuído a pessoas com comportamentos tidos como indesejados, como condutas fora dos estereótipos de “gênero” (associados culturalmente ao sexo oposto) e (ou) homossexualidade⁵ (o que faz refletir sobre os famosos conceitos foucaultianos de corpos dóceis e biopolítica). Sexólogos como Magnus Hirschfeld e Harry Benjamin construíram a figura do “transexual” no início do século XX e, nos anos 1950/1960, o psicólogo John Money sugeriria o uso dos termos “gênero” e “identidade de gênero”, que justificaram intervenções cirúrgicas em bebês intersexuais e em adultos com o diagnóstico de “transexualismo”;⁶ posteriormente, utilizar-se-iam nomenclaturas como “transtorno de identidade de gênero”, “disforia de gênero” e, mais recentemente, “incongruência de gênero”. Em 1968, foi lançado o DSM-II (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, segunda edição), o qual ainda conside-

5 Diagnosticar comportamentos que não oferecem risco ao paciente e a outrem é um dos sintomas da medicalização, fenômeno pelo qual, de acordo com Ivan Ilitch, a área de atuação da medicina se alarga ao ponto de constituir uma forma de violência sobre o indivíduo (ILITCH, 1975). O processo não é realizado unicamente por médicos, mas também por psicólogos e outros profissionais, instituições e indivíduos.

6 LÖWY, Ilana. Intersexo e transexualidades: As tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social. Tradução de Maria Helena Silva Soares. *Em Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência*, n. 5, p. 130-142, 2019.

rava a homossexualidade como um transtorno mental; porém, em 1973,⁷ o manual sofreu uma revisão em que a homossexualidade foi retirada da categoria patológica e, posteriormente, os outros DSMs passaram a não categorizá-la como uma doença. Sete anos depois, o mesmo manual reconheceria o chamado “transtorno de identidade de gênero” na infância. Fortaleceu-se a ideia de que todos os seres humanos teriam uma “identidade de gênero” e que ela poderia ou não estar “alinhada ao sexo biológico”, ainda que não existisse comprovação científica disso.

Esses diagnósticos tinham baixa incidência na população geral e ainda mais nessa faixa etária, na qual os sintomas costumam desaparecer após a puberdade e (ou) a adolescência. Porém, no ano de 2006, o laboratório Ferring Pharmaceuticals, fabricante de hormônios bloqueadores de puberdade, financiou uma experiência na qual médicos holandeses utilizaram uma substância, a triptorrelina, para impedir a puberdade de pacientes fisicamente saudáveis que receberam diagnósticos de disforia.⁸ Esse tratamento ficou conhecido como “protocolo holandês” e seria exportado para diversos países, inclusive o Brasil. Além da triptorrelina, os endocrinologistas começaram a utilizar outras substâncias para a mesma finalidade, como a histrelina, a leuprorrelina e a goserelina. Assim, em diversos países, foram introduzidas normas que reduziam a idade mínima (em geral 18 anos) para ministrar hormônios, tanto os bloqueadores de puberdade quando aqueles que já eram aplicados em adultos para suprimir suas características sexuais secundárias e induzir algumas características físicas do outro sexo, os chamados *cross-sex hormones* (hormônios cruzados) ou hormônios do sexo oposto.

O Brasil cedeu às movimentações locais para a adoção de diretrizes internacionais. Num primeiro momento, autorizando e

7 DRESCHER, Jack. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral sciences*, v. 5, n. 4, p. 565-575, 2015.

8 DELEMARRE-VAN DE WAAL, Henriëtte A.; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, v. 155, n. 1, p. 131-137, 2006.

garantindo o financiamento público para modificações corporais em maiores de 18 anos, nos termos das Portarias n. 1.707/2008 e 2.803/2013, ambas do Ministério da Saúde. Mas, num segundo momento iniciado no mesmo ano da segunda Portaria (2013), o Conselho Federal de Medicina aderiu ao protocolo holandês ao emitir o Parecer n. 8/2013, sugerindo o bloqueio puberal aos primeiros sinais de amadurecimento físico da criança e o uso de hormônios cruzados a partir dos 16 anos. No ano de 2017, os critérios internacionais para o diagnóstico de “disforia de gênero” na infância e adolescência (DSM-V), que incluem a simples preferência por brinquedos, foram legitimados pelo “Manual para Disforia de Gênero da Sociedade Brasileira de Pediatria”.⁹ Em 2018, o Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução n. 1/2018, que penaliza profissionais que questionem identidades de gênero e, finalmente, em janeiro de 2020, foi publicada a Resolução n. 2.265/2019 do CFM, reiterando intervenções hormonais em crianças e adolescentes e reduzindo a idade para cirurgias de 21 para 18 anos.

Os países nos quais as novas diretrizes médicas para menores de idade foram implementadas vivem um súbito aumento no número de diagnósticos. No Reino Unido, por exemplo, Paul W. Hruz *et al.*¹⁰ divulgam que a Gender Identity Development Service (GIDS) teve um aumento de encaminhamentos de 2000% entre 2009 e 2017, e, entre os menores de seis anos, o aumento foi de 430%. O quadro a seguir dá uma dimensão mais global:

9 “Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por *crossdressing* (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 [...] 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. Forte desgosto com a própria anatomia sexual” (SBP, 2017, p. 5).

10 HRUZ, Paul W.; MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. Growing pains: problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, n. 52, p. 3-36, 2017.

Tabela 1 • Taxa de Aumento (TAU) no número de diagnósticos de incongruência de gênero na Infância

LOCAL	PERÍODO	TAU	PESQUISA
EUA	2017 - 2018	300%	MEERWIJK; SEVELIUS; ¹¹ RIDER <i>et al.</i> ¹²
Canadá	1980 - 2008	400%	WOOD <i>et al.</i> ¹³
	1998 - 2011	500%	KHATCHADOURIAN ¹⁴
Inglaterra	2009 - 2016	1000%	DE GRAAF <i>et al.</i> ¹⁵
	2013 - 2018	400%	TURNER ¹⁶
Austrália	2014 - 2019	400%	KENNY ¹⁷
Suécia	2011 - 2016	900%	FRISÉN; SÖDER; RYDELIUS ¹⁸

11 MEERWIJK, E. L.; SEVELIUS, J. M. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*, v. 107, n. 2, p. 1-8, 2017.

12 RIDER, G. Nicole *et al.* Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics*, v. 141, n. 3, p. 1-8, 2018.

13 WOOD, H. *et al.* Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 39, n. 1, p. 1-6, 2013.

14 KHATCHADOURIAN, K.; AMED, S.; METZGER, D. L. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*, v. 164, n. 4, p. 906-911, 2014.

15 DE GRAAF, N. *et al.* Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, v. 47, n. 5, p. 1301-1304, 2018.

16 TURNER, C. Number of children being referred to gender identity clinics has quadrupled in five years. *The Telegraph*, Londres, 8 jul. 2017. Disponível em: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/07/08/number-children-referred-gender-identity-clinics-has-quadrupled>. Acesso em: 28 nov. 2020.

17 KENNY, D. Children and young people seeking and obtaining treatment for gender dysphoria in Australia: trends by state over time (2014-2019): update. *Danny Kenny*, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3naA5UI>. Acesso em: 20 nov. 2020.

18 FRISÉN, Louise; SÖDER, Olle; RYDELIUS, Per-Anders. Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga: Tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos. *Översikt*, v. 114, p. 1-6, 2017.

No Brasil, em 2017, o Ambulatório de Identidade de Gênero da USP (AMTIGOS) informa um aumento de 60% na procura e que “a busca é maior por parte de famílias de crianças entre 5 e 12 anos”.¹⁹ Desde a criação do ambulatório, em 2010, até o ano de 2017, o AMTIGOS atendeu cerca de 400 pacientes; ainda em 2017, trabalhava com 295 pacientes, sendo 55% do sexo masculino e 45% do sexo feminino; dos quais 76 eram crianças – 24% meninas e 76% meninos – e mais 150 adolescentes, 62% meninas e 38% meninos. Entre as crianças, a maioria na faixa etária dos 6 aos 12 anos; entre os adolescentes, 17 e 18 anos.²⁰ Em 2019, no mesmo estado em que se localiza o AMTIGOS, o número de pedidos para inclusão do nome social disparou quando regras que facilitavam a mudança de nome foram implementadas.²¹

3 Uma reflexão inicial sobre as Resoluções n. 1/2018 do CFP e n. 2.265/2019 do CFM e a problemática da “afirmação de gênero”

Inicialmente, registra-se a inconsistência dos critérios de diagnóstico do DSM-5, adotados no Brasil inclusive pela Sociedade Brasileira de Pediatria.²² Dos oito comportamentos que revelariam sinais de disforia de gênero na infância, nada menos que cinco são meras atitudes fora do padrão de gênero vigente e que não oferecem risco nem ao indivíduo e nem à sociedade, como a preferência por

19 FARIAS, A. Procura por ambulatório que atende crianças e adolescentes transexuais cresce 60%. *Revista Veja*, São Paulo, 18 jan. 2016. Disponível em: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/atendimento-hospital-criancas-adolescentes-transexuais-cresce>. Acesso em: 15 out. 2020.

20 SAADEH, Alexandre *et al.* Amtigos – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USPI: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 19, n. 2, p. 86-97, 2018.

21 LEITE, D. Garoto trans de oito anos comemora novo RG com nome social: queria ser Dudu. *Universa*, 9 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/09/05/garoto-trans-de-8-anos-comemora-novo-rg-com-nome-social-queria-ser-dudu.htm>. Acesso em: 13 nov. 2020.

22 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Adolescência. *Guia prático de atualização: disforia de gênero*. Brasília, n. 4, jun. 2017. Disponível em: goo.gl/dfMHEz. Acesso em: 23 dez. 2020.

determinadas roupas, brinquedos, brincadeiras e amigos do sexo oposto. Ainda que os outros três itens digam respeito ao desejo de ser do sexo oposto e à insatisfação com o próprio corpo, fato é que essa insatisfação é esperável diante da reprovação social que tais comportamentos recebem. Também há de se ter em mente que o desgosto com a própria anatomia pode estar relacionado a questões que, nessa idade, nem sempre há discernimento para se compreender, como abusos físicos e transtornos alimentares. Um diagnóstico médico em menores de 18 anos pode, assim, medicalizar indivíduos que seriam mais bem auxiliados com a psicoterapia.²³

Tanto a Resolução n. 1/2018 do Conselho Federal de Psicologia quanto a de n. 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina sugerem como tratamento padrão para casos de incongruência de gênero o modelo *gender-affirming* (“afirmação de gênero”), sem mencionar outras abordagens possíveis.

Art. 7º - As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis.

Parágrafo único: 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*. (CFP, Resolução n. 1/2018, grifo nosso).

Art. 1º [...]

§ 5º Considera-se *afirmação de gênero* o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de *hormonioterapia e/ou cirurgias*.²⁴ (Grifo nosso).

A “afirmação de gênero” acontece quando “o terapeuta aceita, em vez de desafiar, a autocompreensão do paciente como sendo do sexo oposto. Modelos de tratamento de afirmação de gênero às

23 HILL, Darryl B. *et al.* Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *International Journal of Sexual Health*, v. 19, n. 1, p. 57-75, 2007.

24 CFM, Resolução n. 2.265/2019.

vezes são aplicados mesmo a crianças muito pequenas”.²⁵ A depender do país e da idade, pode ou não incluir atendimento psicológico e psiquiátrico prévio a mudanças corporais; estas compreendem uso de hormônios sintéticos e cirurgias. Esses especialistas orientam a iniciar pela chamada “transição social”: a prática de “afirmar” o paciente como alguém do sexo oposto, trocar seu nome e autorizar a adesão a estereótipos socialmente atribuídos ao sexo oposto. Embora não tenhamos encontrado previsão expressa nessas resoluções sobre “transição social”, matérias jornalísticas com crianças e adolescentes brasileiros atendidos no AMTIGOS sugerem que eles são submetidos à prática.²⁶ Segundo Zucker,²⁷ após estudar os pacientes tratados com e sem a abordagem *gender-affirming*, ele concluiu que os do primeiro grupo tinham mais chances de continuarem disfóricos:

A transição social de gênero de crianças pré-púberes aumentará dramaticamente a taxa de persistência da disforia de gênero quando comparada aos estudos de acompanhamento de crianças com disforia de gênero que não receberam esse tipo de intervenção psicossocial e, curiosamente, pode ser caracterizada como iatrogênica.²⁸

O segundo passo do “modelo afirmativo” são as intervenções físicas hormonais e cirúrgicas: hormônios bloqueadores de puberdade, hormônios cruzados, mastectomias, vaginoplastias etc. O art. 9º, § 2º, da Resolução n. 2.265 do CFM afirma: “Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade) [...]”. Porém, mesmo para fins de pesquisa científica, de acordo com

25 HRUZ *et al.*, 2017, p. 4.

26 THERRIE, Bárbara. “Não queria filho veado”: conheça a trajetória de um pai e a filha trans de 6 anos. *Uol*, 15 de dezembro de 2017. Entretenimento. Disponível em: <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>. Acesso em: 21 out. 2020.

27 ZUCKER, Kenneth J. Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 25, n. 1, p. 36-37, 2020.

28 ZUCKER, 2020, p. 36.

Cohen-Kettenis *et al.*,²⁹ nos Estágios I, II e III de Tanner a identidade de gênero da criança/adolescente ainda está imatura e fluutuante. Justamente por estarem em uma fase de amadurecimento, não é possível fazer um diagnóstico preciso. Não há como saber se a situação persistirá ou não e isso eleva o risco de diagnósticos errôneos.³⁰ Hruz,³¹ em sua pesquisa, notou grandes deficiências no manejo desses pacientes; segundo ele, a afirmação de gênero possui “baixa qualidade de evidências científicas”. Para ele, estamos transferindo uma responsabilidade adulta a esses menores. Os principais expoentes que defendem a supressão hormonal alegam uma “reversibilidade”, como Hembree; este afirma que o bloqueio puberal “não causa mudanças danosas ou irreversíveis no desenvolvimento físico”.³² No entanto, pesquisas posteriores mostraram que isto é um equívoco: Vlot *et al.*³³ concluíram que houve uma queda no crescimento ósseo dos adolescentes e Klink *et al.*³⁴ descobriram uma diminuição significativa de massa óssea quando os adolescentes chegaram à fase adulta. De acordo com Sierra,³⁵ o

29 COHEN-KETTENIS, Peggy T.; STEENSMA, Thomas D.; DE VRIES, Annelou LC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 689-700, 2011.

30 KORTE, Alexander *et al.* Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, p. 834-841, 2008.

31 HRUZ, Paul W. Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quarterly*, v. 87, n. 1, p. 34-42, 2020.

32 HEMBREE, Wylie C. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, 2011. p. 725.

33 VLOT, Mariska C. *et al.* Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, v. 95, p. 11-19, 2017.

34 KLINK, Daniel *et al.* Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 100, n. 2, p. 270-275, 2015.

35 SIERRA, Mónica de Celis. Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Revista Clínica Contemporánea*, Madrid, v. 10, n. 3, p. 1-7, 2019.

bloqueio hormonal é “o primeiro passo para a transição médica, consolidando o desconforto com o próprio corpo ao privar o menor de experiências corporais [...] que lhe permitiriam explorar o gênero e a sexualidade”³⁶ e encontrar outra solução que não fosse médico-cirúrgica.

De acordo com Hruz,

[...] as evidências para a segurança e a eficácia da supressão da puberdade [bloqueio hormonal] são pequenas, baseadas mais em julgamentos subjetivos de clínicos do que em evidências empíricas rigorosas. É, nesse sentido, ainda experimental – e, ainda, assim, é um experimento sendo conduzido de uma maneira descontrolada e assistemática.³⁷

A abordagem de “afirmação de gênero” não leva em conta mais de cinquenta anos de pesquisas em disforia de gênero em crianças e adolescentes que revelaram que a maioria esmagadora desses indivíduos supera a disforia durante ou após a puberdade, desenvolvendo uma orientação sexual homossexual ou bissexual em mais de 80% dos casos.³⁸ Para Korte *et al.*,³⁹ se a maioria desses indivíduos supera a disforia, a “afirmação de gênero” pode estar interferindo “no desenvolvimento do paciente como homossexual”. O que corrobora a sua afirmação é que aqueles tratados com “afirmação de gênero” tiveram persistência em 100% dos casos.⁴⁰ Os dados de superação da disforia quando não há *gender-*

36 SIERRA, 2019, p. 3.

37 HRUZ *et al.*, 2017, p. 6

38 GREEN; MONEY, 1961; BAKWIN, 1968; GREEN, 1987; MONEY; RUSSO, 1979; SINGH, 2012; STEENSMA *et al.*, 2013; WALLIEN; COHEN-KETTENIS, 2008; ZUGER, 1978; ZUGER, 1984.

39 KORTE, Alexander *et al.* Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, 2008. p. 839.

40 DE VRIES, Annelou L.C. *et al.* Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 8, n. 8, p. 2276–2283, 2011.

-*affirming* são altos porque “as crianças não são totalmente capazes de entender o que significa ser homem ou mulher”.⁴¹

Sobre consentimento, segundo o parágrafo único do art. 6º da Resolução n. 2.265/2019 do CFM, “[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”. Há de se rejeitar que compreensão e consentimento para intervenções dessa magnitude possam ser dados por menores de idade. Paus⁴² descobriu que o cérebro do adolescente está em processo de maturação: num estudo com mil participantes entre 12 e 48, os adolescentes pontuaram bem abaixo dos adultos nos índices de responsabilidade, perspectiva e temperança.⁴³ Para Korte *et al.*, “a maioria dos adolescentes [...] ainda está em processo de estabelecer sua identidade sexual, e a abordagem diagnóstica e terapêutica deve acompanhar este processo, em vez de superá-lo”.⁴⁴ Fried e Reppucci, numa pesquisa com jovens detentos entre 13 e 18 anos, constataram que estes tinham “capacidades de tomada de decisão menos desenvolvidas”,⁴⁵ o que desafiava o sistema penal americano. Maggs *et al.*,⁴⁶ numa pesquisa com garotos e garotas com uma média de 11.6 anos, descobriram que os adolescentes são mais propícios a terem comportamentos e atividades de risco sem medir suas consequências. Ou seja, menores de idade

41 HRUZ *et al.*, 2017, p. 4.

42 PAUS, Tomáš. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 60-68, 2005.

43 CAUFFMAN, Elizabeth; STEINBERG, Laurence. (Im) maturity of judgment in adolescence: why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, v. 18, n. 6, p. 741-760, 2000.

44 KORTE *et al.*, 2008, p. 838.

45 FRIED, Carrie S.; REPUCCI, N. Dickon. Criminal decision making: the development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior*, v. 25, n. 1, p. 45-61, 2001. p. 58.

46 MAGGS, Jennifer L.; ALMEIDA, David M.; GALAMBOS, Nancy L. Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, v. 15, n. 3, p. 344-362, 1995.

ainda estão em uma fase de “impulsividade cognitiva, labilidade emocional e busca pelo perigo”.⁴⁷ Para Steinberg,⁴⁸ há consenso científico de que tanto o adolescente quando a criança ainda não estão/são maduros o bastante para entender seus sentimentos, decisões e julgamentos, impossibilitando seu consentimento pleno. Isso é reconhecido pelas leis brasileiras, que admitem que menores de quatorze anos não são capazes de consentir sexo, que menores de dezesseis não podem votar e que menores de dezoito não poderiam dirigir. Se o Direito brasileiro reconhece que o menor de idade ainda é incapaz sobre seus julgamentos e decisões, tanto em relação a si quanto para com os outros, o que levaria a crer de que eles são capazes de compreender e consentir um tratamento esterilizante que terá reverberações pelo resto de suas vidas?

O parágrafo único do art. 7º da Resolução do CFP n. 1/2018, que estabelece que os psicólogos “reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação às suas identidades”, é questionável sobretudo quando aplicado à psicoterapia infantil e de adolescentes, pois vai contra seus processos de maturação. Pode-se entender, também, que ele fere o Código de Ética Profissional do Psicólogo, que, no art. 2º, alínea *b*, explicita que é vedado ao Psicólogo “[i]nduzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”.⁴⁹ Portanto, não é papel do psicólogo legitimar ninguém; quem faz esse papel é o próprio cliente sobre si mesmo, o próprio cliente que tem o poder de se autorreconhecer e legitimar-se, e está aí o papel do psicólogo nesta busca. O psicólogo não pode ser coagido a concordar com o que o cliente diz; isto não significa que não devemos acreditar no que ele traz

47 ANDRADE, André Luiz Monezi *et al.* Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. *Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2018. p. 65.

48 STEINBERG, Laurence. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005.

49 CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP, 2005. p. 9.

ao consultório. Na orientação psicanalítica, organizar a demanda do sujeito faz parte do processo terapêutico. Pode-se afirmar que o sujeito em questão, numa análise, começa sua queixa porque se sente lesado por alguém. A partir disso, ele compreende o motivo de sua queixa quando visualiza o que pede ao outro para que assim, ao final, possa se responsabilizar por seus próprios desejos. Ao término de uma análise, a pessoa compreende que os outros não são responsáveis por suas demandas. Todavia, para que isso aconteça, é preciso que o indivíduo analisado abandone as correntes que o mantêm preso aos outros que passaram por sua vida. Lacan trabalha a ideia de fantasma a partir da peça de Shakespeare, Hamlet, e o que seriam os fantasmas senão o peso que o sujeito carrega em suas costas por carregar as frustrações, sonhos e angústias dos seus primeiros cuidadores? Esses fantasmas aparecem no *setting* terapêutico de forma sutil, mas constante. Entre atos falhos, sonhos e associações livres, o sujeito busca decifrar o que ele pretende com o que nos diz, como Édipo teve que decifrar a esfinge. Por isso, Freud se apropria da peça *Édipo Rei*, de Sófocles. O encontro entre Édipo e a esfinge representa o encontro da analisanda com o seu sintoma, que precisa ser decifrado para que se saiba quem ela é.⁵⁰

A abordagem que manteve números de superação e permanência da disforia de gênero em crianças e adolescentes concordantes em mais de 50 anos de pesquisa é a “espera vigilante” (“*watchful waiting*”), como nomeia K. Zucker. A “espera vigilante” lida com os riscos sociais com o objetivo de permitir o progresso/desenvolvimento da criança com disforia de maneira natural e saudável, além de incluir o núcleo família-criança. Segundo Ristori e Steensma, a Espera Vigilante consiste em “um equilíbrio entre uma atitude de aceitação e apoio [...], enquanto protege a criança contra quaisquer reações negativas e permanecem realistas sobre a probabilidade dos sentimentos de DG desistirem no futuro”.⁵¹ A psicoterapia é impor-

50 LACAN, Jacques. *O Seminário. Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

51 RISTORI, Jiska; STEENSMA, Thomas D. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, v. 28, n. 1, 2016. p. 17.

tante porque foi descoberto que aqueles diagnosticados com “incongruência de gênero” geralmente sofrem de outras psicopatologias não ligadas necessariamente com questões de gênero, como depressão, ansiedade, transtorno alimentar, insatisfação corporal e até autismo.⁵² De acordo com Robert D’Angelo *et al.*,⁵³ a psicoterapia exploratória é o tratamento que deve estar na linha de frente para auxiliar todos os menores de idade. É através dela que se reduz a necessidade de abordagens invasivas e irreversíveis da medicina que reputam o modelo “afirmativo” como seguro para menores de idade. De Vries⁵⁴ compartilha desse mesmo pensamento após concluir, depois de anos de pesquisas com modelo afirmativo nessa faixa etária, que devemos separar quem se beneficiará da abordagem *gender-affirming* daqueles que um “suporte (adicional) de saúde mental pode ser o mais apropriado”.⁵⁵ Littman⁵⁶ aponta para a possibilidade de contágio social, sobretudo entre meninas, fortemente influenciadas pelas redes sociais e grupos de amigas, chegando a cunhar um novo nome para esse diagnóstico: *rapid-onset gender dysphoria* (ROGD), que pode ser traduzido como “Disforia de Gênero de Surgimento Repentino”.

Hruz *et al.* ainda alertam que:

Se o uso crescente de cuidados de afirmação de gênero faz com que as crianças persistam em sua identificação como o sexo oposto, então muitas crianças que de outra forma não precisariam de tratamento médico contínuo seriam expostas a intervenções hormonais e cirúrgicas.⁵⁷

52 GIOVANARDI, Guido. Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto Biomedical Journal*, v. 2, n. 5, p. 153-156, 2017.

53 D’ANGELO, Roberto *et al.* One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, p. 1-10, 2020.

54 DE VRIES, Annelou L. C. Challenges in timing puberty suppression for gender-nonconforming adolescents. *Pediatrics*, v. 146, n. 4, p. 1-2, 2020.

55 DE VRIES, 2020, p. 2.

56 LITTMAN, Lisa. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS one*, v. 13, n. 8, p. 1-44, 2018.

57 HRUZ *et al.*, 2017, p. 6.

Não mencionar outras abordagens, como fez o CFM, ou demonizá-las, como fez o CFP, coloca essa faixa etária em risco. Mesmo a Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero – WPATH,⁵⁸ organização internacional que exige a adoção da “afirmação de gênero”, admitiu, três anos atrás, que esta não é um padrão de cuidado: “As diretrizes não podem garantir nenhum resultado específico, nem estabelecem um padrão de atendimento”.⁵⁹ Mas qual seria a distinção entre “diretrizes” e “padrões de atendimento”?

Ristori e Steensma⁶⁰ mostraram que, para 85,2% dos indivíduos acompanhados, os sentimentos disfóricos desaparecem por volta ou após essa fase. A exceção é justamente as crianças e adolescentes que receberam bloqueadores de puberdade, como mostra um recente estudo de 2020, em que 43 das 44 crianças tratadas com bloqueadores hormonais persistiram na disforia de gênero.⁶¹

Vale lembrar que os resultados a longo prazo das intervenções físicas, mesmo em adultos (que, a princípio, teriam maior maturidade para compreender suas consequências), são desanimadores. Um estudo sueco, com uma amostra de 324 pacientes atendidos entre 1973 a 2003, revelou que, após redesignação sexual, eles ainda mantêm riscos consideravelmente maiores de mortalidade, comportamento suicida e morbidade psiquiátrica que a população em geral.⁶² Outro estudo, este holandês, que investigou especifi-

58 EUROPEAN PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (EPATH). *Statement regarding medical affirming treatment including puberty blockers for transgender adolescents*. Dez. 2020. Disponível em: http://epath.eu/wp-content/uploads/2020/12/FINAL-Statement-Regarding-Informed-Consent-Court-Case_Dec-16-2020.docx.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

59 HEMBREE, Wylie C. *et al.* Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, 2017. p. 3895.

60 RISTORI; STEENSMA, 2016.

61 CARMICHAEL, Polly *et al.* Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *MedRxiv*, 2020.

62 DHEJNE, Cecilia *et al.* Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2011.

camente os casos de suicídios consumados, concluiu que “o risco de suicídio em pessoas transgênero é mais alto que o da população em geral e parece acontecer em todos os estágios da transição”.⁶³ Finalmente, há de se lembrar do Princípio da Beneficência, sugerido no inciso II do Código de Ética Médica: do ponto de vista do paciente médio, em qualquer área da saúde, são preferíveis tratamentos não invasivos.

4 O modelo “afirmativo de gênero” atende ao Princípio do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente?

No que tange às intervenções físicas em menores de 18 anos, o Parecer n. 8/2013 do CFM, ao autorizar que médicos prescrevam e utilizem hormônios sintéticos em menores de 18 anos com diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero” (autorização essa que foi mantida pela Resolução n. 2.265/2019 do órgão), contrariou a Portaria n. 2.803/2013 do Ministério da Saúde, que exige a idade mínima de 18 anos para tal. Possivelmente, o que fez com que essa contradição não fosse percebida é o fato de, comumente, defensores do “modelo afirmativo” se referirem aos hormônios bloqueadores de puberdade apenas como “bloqueadores de puberdade” e ao seu uso como “bloqueio puberal”, reservando a palavra “hormonioterapia” para os hormônios cruzados (aqueles que conferem características do sexo oposto); isso induz as pessoas a acreditarem que bloqueadores não seriam hormônios, quando na verdade são. Da mesma forma, ao autorizar que médicos realizem cirurgias irreversíveis já a partir dos 18 anos, a Resolução n. 2.265 contrariou a mesma portaria do Ministério da Saúde, pois esta estabelece para essas modificações a idade mínima de 21 anos. Note-se que própria portaria do Ministério, ao autorizar cirurgias irreversíveis a partir dos 21 anos, já nasceu em contrariedade com a Lei n. 9.263/1996, que, entre os requisitos para a esterilização voluntária,

⁶³ WIEPJES, Chantal M. *et al.* Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 141, n. 6, p. 486–491, 2020.

elencar a capacidade civil plena e a idade mínima de 25 anos ou, no mínimo, dois filhos vivos.

Normas que desrespeitem as idades mínimas contrariam os avanços do Direito brasileiro e mundial no reconhecimento da situação de vulnerabilidade física, emocional e psíquica em razão da idade, da qual resulta a nossa incapacidade, absoluta ou relativa, para compreender determinadas situações e tomar decisões. Exemplificando: a lei penal, ao tipificar o crime de estupro de vulnerável, afirma a incapacidade absoluta de menores de 14 anos para consentir com a conjunção carnal e outros atos libidinosos; a legislação eleitoral exige o mínimo de 16 anos para o direito ao voto; a de trânsito requer plena imputabilidade penal, a qual, de acordo com o já citado Código Penal Brasileiro, é de 18 anos; são os 18 anos o marco para a responsabilidade civil plena; e os já citados 25 anos (ou dois filhos vivos) são requisito para a esterilização voluntária, um ato irreversível que exige uma maturidade completa. O Direito brasileiro prevê idades mínimas ainda mais altas para outros atos da vida civil, como, por exemplo, concorrer a determinados cargos políticos; o mínimo de 35 anos é condição de elegibilidade para presidentes da República, por exemplo. Assim, dentro de uma visão sistemática, conclui-se que, para o legislador brasileiro, os menores de quatorze anos, a princípio, não possuem maturidade suficiente para compreender e consentir para os atos da vida civil (como o são a adesão aos “tratamentos hormonais” aqui citados), que menores entre quatorze e dezoito anos têm maturidade limitada para tal e que os abaixo de 25 não têm maturidade para compreender e avaliar se desejam ou não se submeter a mudanças corporais irreversíveis e esterilizantes como a tomada de hormônios do sexo oposto e a redesignação sexual.

No que tange às restrições estabelecidas pelo CFP, entende-se que obrigar psicoterapeutas a “legitimar e reconhecer” o discurso de determinados pacientes (e não simplesmente a respeitá-lo) contraria o direito constitucional à liberdade de expressão, de consciência e ao livre exercício de profissão. Mais grave ainda, contraria o próprio direito à saúde dos pacientes garantido pelo texto constitucional e almejado pelo próprio Conselho, uma vez que é

direito do paciente um processo terapêutico no qual seu discurso seja, em algum nível, questionado. Essa garantia é ainda mais relevante quando o profissional está diante de uma criança ou adolescente que está construindo sua identidade. A tendência é que o profissional, diante dessa proibição, não faça perguntas que possam culminar em uma denúncia por parte do paciente ao CFP, da qual poderia resultar a perda de sua licença clínica. Considerando que a resolução também proíbe manifestações públicas dos profissionais nesse sentido, ela, na prática, obriga o profissional a escolher entre adotar o modelo “afirmativo” ou permanecer em silêncio sobre o tema. O Conselho Federal de Medicina, ao menos, não proibiu profissionais de seguirem outras abordagens; sua resolução é autorizativa e não obrigatória. Portanto, numa análise perfunctória, e convidando a comunidade jurídica para dar continuidade à discussão, parece que estas duas resoluções não foram recepcionadas pela legislação brasileira.

Passa-se agora a refletir sob um outro prisma: se a aplicação desse modelo de tratamento e dessas novas normas atenderia ao Princípio do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente, previsto expressamente ou implicitamente em diversos diplomas legais vigentes no Brasil e no mundo. Esse princípio exsurge da Constituição Federal, que, em seu art. 227, conferiu à criança e ao adolescente absoluta prioridade e foi corroborado por outras normativas, como o ECA (arts. 3º, 4º e 5º, novamente com absoluta prioridade) e também por diplomas internacionais como a Declaração dos Direitos da Criança, a Declaração de Genebra, a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos. Poder-se-ia alargá-lo para incluir, com base no Estatuto da Juventude (Lei n. 12.825/2013), pessoas com idade entre os quinze e os vinte e nove anos. Nas palavras de Eduardo de Oliveira Leite, seus critérios são a

[...] melhoria de suas condições de vida em relação à sua situação anterior, à sua segurança, à sua proteção, aos seus cuidados, educação, afeição, integração em uma família com a qual a criança adotada desenvolva laços afetivos, o respeito à sua origem étnica, religiosa, cultural, enfim, todas as condições de desenvolvimento

de sua personalidade, as vantagens de ordem moral sendo unanimemente privilegiadas em relação às vantagens de ordem econômica.⁶⁴

Os estudos mencionados referendam a necessidade de respeitarmos as idades mínimas fixadas em lei. Compreende-se, portanto, que a prática da “transição social” em menores de idade (nelas incluídas as mudanças de nome) e as intervenções físicas em seus corpos (ainda que precedidas de “termos de consentimento” assinados por eles e/ou por seus responsáveis) não estão atendendo ao seu melhor interesse e não podem ser consideradas fruto de um consentimento informado. De acordo com a ciência atual, o cérebro só finaliza sua formação entre os vinte e os vinte e cinco anos; assim, ainda que consideremos as idades fixadas pelo Ministério da Saúde para hormônios (dezoito anos) e cirurgias (21 anos), estas já estariam sendo realizadas em seres humanos cujo processo cognitivo não foi terminado – sobretudo se considerarmos que, no Direito brasileiro, vigora o já citado Estatuto da Juventude (Lei n. 12.825/2013), que reconhece direitos às pessoas com idade entre quinze e 29 anos. Os estudos também indicam que a “afirmação de gênero” tende a direcionar a criança ou o jovem para intervenções físicas desnecessárias e (ou) permanecer nelas; isso tem efeitos colaterais tanto conhecidos quanto desconhecidos e consequências irreversíveis a longo prazo, entre elas a esterilidade. Compreende-se que, ao serem vistos e (ou) tratados como alguém do sexo oposto, os pacientes experimentem satisfação a curto prazo, talvez por isso diminuir o *bullying* pelas suas preferências de brinquedo, vestuário etc.; porém, com base em evidências, o bem-estar pode ser alcançado através de medidas não medicalizantes, como a terapia e um maior acolhimento por parte da família e escola dos meninos e meninas “fora da caixa”. Este modelo não tem consenso científico, carece de evidências e sua utilização como um padrão de atendimento é um risco para crianças e adolescentes.⁶⁵

64 LEITE *apud* COLUCCI, Camila Fernanda Pinsinato. *Princípio do melhor interesse da criança: construção teórica e aplicação prática no direito brasileiro*. 2014. 261 p. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

65 PAYNE, Daniel. Casualties of a social, psychological, and medical fad: the dangers of transgender ideology in medicine. *Public Discourse*, 31 jan. 2018. Disponível em: <https://www.thepublicdiscourse.com/2018/01/20810/>. Acesso em: 31 dez. 2020.

5 Considerações finais

Reafirmando que este artigo visa a fomentar a discussão e pode e deve ser complementado ou questionado sob bases racionais e científicas, acreditamos que, diante de todo o exposto, o modelo “afirmativo de gênero” não parece atender ao melhor interesse de crianças e adolescentes que questionam seu sexo biológico. Ao contrário da narrativa *mainstream*, o que os estudos mostram é que o processo terapêutico tradicional tem ótimos e até superiores resultados em auxiliar esses pacientes e que essas novas diretrizes funcionam na prática como uma forma de *fidelização* dos pacientes aos serviços médicos oferecidos nessa área. Há necessidade, no mínimo, de uma revisão dessas diretrizes e da sua adoção por ambulatórios de identidade de gênero, clínicas privadas e demais instituições, organizações e profissionais.

Verificamos que mesmo experientes e bem-intencionados profissionais da medicina e da psicologia, bem como operadores do Direito, tiveram acesso apenas aos materiais produzidos pelos partidários do modelo “afirmativo”. É importante lançar um olhar mais cuidadoso diante de questões de sexo-gênero, um assunto extremamente delicado. A busca por uma aparência do sexo oposto passa por decisões que não podem ser dimensionadas antes da vida adulta. Adultos têm, ao menos em tese, a oportunidade de buscar variadas fontes de informação sobre o assunto, para além das divulgadas em mídias sociais, e de sopesar os custos (inclusive financeiros) de consultas, hormônios e cirurgias para avaliar como o processo transexualizador afetará sua vida afetiva e sexual. Tudo leva a crer que crianças e adolescentes, ao terem sua autodeclaração-desejo afirmado nessa faixa etária sem nenhum tipo de questionamento, como o recente caso judicial ganho por Keira Bell,⁶⁶ irão superdimensionar mudanças de nome e de aparência.

⁶⁶ TOBIN, Sam *et al.* Cambridge woman who took puberty blockers wins High Court ruling. *CambridgeshireLive*, Cambridgeshire, 1º dez. 2020. Disponível em: <https://www.cambridge-news.co.uk/news/local-news/keira-bell-court-puberty-cambridge-19380062>. Acesso em: 24 dez. 2020.

Acolher seres humanos, compreendê-los e respeitar sua dignidade não significa abrir mão do olhar crítico e nem desprezar outras abordagens, perspectivas e também colisões de direitos. Esses tratamentos ocupam um lugar *sui generis* na medicina: ao longo das décadas, intervenções físicas para questões de saúde mental foram progressivamente sendo descartadas, como as histerectomias em pacientes declaradas “histéricas” e as lobotomias para um sem número de situações que iam da esquizofrenia até a homossexualidade. A quem interessa a medicalização e a patologização de menores de idade que apresentam um comportamento “incongruente” com o que os estereótipos de gênero impõem? Considerando que os critérios de diagnóstico incluem comportamentos fora do padrão e que as notícias sobre o tema, invariavelmente, mencionam estereótipos, há que se refletir, inclusive, se não estaríamos diante de um resquício da medicina eugenista, destinado a eliminar de nossas vistas os meninos e meninas “fora da caixa”. Numa era em que a busca pela saúde mental vem crescendo, o modelo biomédico patologizante e medicalizante não parece ser uma melhor saída, ainda mais para crianças e adolescentes.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. American Psychiatric Press; Washington, DC, USA: 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, André Luiz Monezi *et al.* Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. *Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2018.

BAKWIN, Harry. Deviant gender-role behavior in children: relation to homosexuality. *Pediatrics*, v. 41, n. 3, p. 620-629, 1968.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013*. Brasília, 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Gabinete da deputada Chris Tonietto. *Projeto de Decreto Legislativo n. 19/2020*. Susta os efeitos da Resolução n. 2.265, de 20 de setembro de 2019, do Conselho Federal de Medicina, a qual dispõe sobre “o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010”. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2236483>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CARMICHAEL, Polly *et al.* Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *MedRxiv*, 2020.

CAUFFMAN, Elizabeth; STEINBERG, Laurence. (Im) maturity of judgment in adolescence: why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, v. 18, n. 6, p. 741-760, 2000.

COHEN-KETTENIS, Peggy T.; STEENSMA, Thomas D.; DE VRIES, Annelou LC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 689-700, 2011.

COLUCCI, Camila Fernanda Pinsinato. *Princípio do melhor interesse da criança: construção teórica e aplicação prática no direito brasileiro*. 2014. 261 p. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e 2.226/2019*. Brasília: CFM, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n. 2.265/2018, de 20 de setembro de 2019*. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM n. 1.955/2010. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 6, p. 96, 9 jan. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 19 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução n. 1/2018, de 29 de janeiro de 2018*. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos

em relação às pessoas transexuais e travestis. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 21, p. 136, 30 jan. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2236057/do1-2018-01-30-resolucao-n-1-de-29-de-janeiro-de-2018-2236053. Acesso em: 17 out. 2020.

D'ANGELO, Roberto *et al.* One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, p. 1-10, 2020.

DE GRAAF, N. *et al.* Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, v. 47, n. 5, p. 1301-1304, 2018.

DE VRIES, Annelou L.C. *et al.* Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 8, n. 8, p. 2276-2283, 2011.

DE VRIES, Annelou L. C. Challenges in timing puberty suppression for gender-nonconforming adolescents. *Pediatrics*, v. 146, n. 4, p. 1-2, 2020.

DELEMARRE-VAN DE WAAL, Henriëtte A.; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, v. 155, n. 1, p. 131-137, 2006.

DHEJNE, Cecilia *et al.* Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS one*, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2011.

DORNELLES, Tatiana Almeida de Andrade. A “disforia de gênero” infanto-juvenil e o direito fundamental da proteção integral da criança e do adolescente: um debate necessário. In: BRANCO *et al.* (org.). *Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União*. Brasília: ESMPU, 2020. p. 733-749.

DRESCHER, Jack. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral sciences*, v. 5, n. 4, p. 565-575, 2015.

EUROPEAN PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (EPATH). *Statement regarding medical affirming treatment including puberty*

blockers for transgender adolescents. Dez. 2020. Disponível em: http://epath.eu/wp-content/uploads/2020/12/FINAL-Statement-Regarding-Informed-Consent-Court-Case_Dec-16-2020.docx.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

FARIAS, A. Procura por ambulatório que atende crianças e adolescentes transexuais cresce 60%. *Revista Veja*, São Paulo, 18 jan. 2016. Disponível em: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/atendimento-hospital-criancas-adolescentes-transexuais-cresce>. Acesso em: 15 out. 2020.

FRIED, Carrie S.; REPUCCI, N. Dickon. Criminal decision making: the development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior*, v. 25, n. 1, p. 45-61, 2001.

FRISÉN, Louise; SÖDER, Olle; RYDELIUS, Per-Anders. Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga: tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos. *Översikt*, v. 114, p. 1-6, 2017.

GIOVANARDI, Guido. Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto Biomedical Journal*, v. 2, n. 5, p. 153-156, 2017.

GREEN, Richard. *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. Yale University Press, 1987.

GREEN, Richard; MONEY, John. Effeminacy in prepubertal boys: summary of eleven cases and recommendations for case management. *Pediatrics*, v. 27, n. 2, p. 286-291, 1961.

HEMBREE, Wylie C. *et al.* Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, p. 3869-3903, 2017.

HEMBREE, Wylie C. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 725-732, 2011.

HILL, Darryl B. *et al.* Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *International Journal of Sexual Health*, v. 19, n. 1, p. 57-75, 2007.

HRUZ, Paul W. Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quarterly*, v. 87, n. 1, p. 34-42, 2020.

HRUZ, Paul W.; MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. Growing pains: problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, n. 52, p. 3-36, 2017.

ILICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KENNY, D. Children and young people seeking and obtaining treatment for gender dysphoria in Australia: trends by state over time (2014-2019): update. *Danny Kenny*, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3naA5UI>. Acesso em: 20 nov. 2020.

KHATCHADOURIAN, K.; AMED, S.; METZGER, D. L. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr.*, v. 164, n. 4, p. 906-911, 2014.

KLINK, Daniel *et al.* Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 100, n. 2, p. 270-275, 2015.

KORTE, Alexander *et al.* Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, p. 834-841, 2008.

LACAN, Jacques. *O Seminário*. Livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LEITE, D. Garoto trans de oito anos comemora novo RG com nome social: Queria ser Dudu. *Universa*, 9 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/09/05/garoto-transde-8-anos-comemora-novo-rg-com-nome-social-queria-ser-dudu.htm>. Acesso em: 13 nov. 2020.

LITTMAN, Lisa. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS One*, v. 13, n. 8, p. 1-44, 2018.

LÖWY, Ilana. Intersexo e transexualidades: As tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social. Tradução de Maria Helena Silva Soares. *Em Construção*: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência, n. 5, p. 130-142, 2019.

MAGGS, Jennifer L.; ALMEIDA, David M.; GALAMBOS, Nancy L. Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, v. 15, n. 3, p. 344-362, 1995.

MEERWIJK, E. L.; SEVELIUS, J. M. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*, v. 107, n. 2, p. 1-8, 2017.

MONEY, John; RUSSO, Anthony J. Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 4, n. 1, p. 29-41, 1979.

MPF QUESTIONA CFM sobre terapias hormonais de mudança de sexo a partir dos 16 anos. *Gazeta do Povo*, Goiás, 22 de janeiro de 2020. Vida e Cidadania. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/mpf-questiona-cfm-mudanca-sexo-terapias-hormonais-16-anos>. Acesso em: 19 out. 2020.

PAUS, Tomáš. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 60-68, 2005.

PAYNE, Daniel. Casualties of a social, psychological, and medical fad: the dangers of transgender ideology in medicine. *Public Discourse*, 31 jan. 2018. Healthcare, Science, Sexuality. Disponível em: <https://www.thepublicdiscourse.com/2018/01/20810/>. Acesso em: 31 dez. 2020.

PEREIRA, Tânia da Silva. O princípio do “melhor interesse da criança”: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Direito de Família*, n. 6, 2000.

RIDER, G. Nicole *et al.* Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, v. 141, n. 3, p. 1-8, 2018.

RISTORI, Jiska; STEENSMAN, Thomas D. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 13-20, 2016.

SAADEH, Alexandre *et al.* AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USPI: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 19, n. 2, p. 86-97, 2018.

SECRETARIA NACIONAL DA JUVENTUDE, UNFPA. *Estatuto da juventude*. Brasília: SNJ/UNFPA, 2014. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/estatutodajuventude.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2020.

SIERRA, Mónica de Celis. Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Revista Clínica Contemporánea*, Madrid, v. 10, n. 3, p. 1-7, 2019.

SILVA, Lucio Flavio Gonzaga. *Processo-Consulta CFM n. 32/12 – Parecer CFM n. 8/13*. Brasília, 22 de fevereiro de 2013.

SINGH, Devita. *A follow-up study of boys with gender identity disorder*. 2012. Tese de Doutorado. Toronto: University of Toronto.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Adolescência. *Guia prático de atualização: disforia de gênero*. Brasília, n. 4, jun. 2017. Disponível em: goo.gl/dfMHEz. Acesso em: 23 dez. 2020.

STEENSMA, Thomas D. *et al.* Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 16, n. 4, p. 499-516, 2011.

STEENSMA, Thomas D. *et al.* Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 52, n. 6, p. 582-590, 2013.

STEENSMA, Thomas D.; COHEN-KETTENIS, Peggy T. More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 54, n. 2, p. 147-148, 2015.

STEINBERG, Laurence. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005.

THERRIE, Bárbara. “Não queria filho veado”: conheça a trajetória de um pai e a filha trans de 6 anos. *Uol*, 15 dez. 2017. Entretenimento. Disponível em: <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>. Acesso em: 21 out. 2020.

TOBIN, Sam *et al.* Cambridge woman who took puberty blockers wins High Court ruling. *CambridgeshireLive*, Cambridgeshire, 1º dez. 2020. Disponível em: <https://www.cambridge-news.co.uk/news/local-news/keira-bell-court-puberty-cambridge-19380062>. Acesso em: 24 dez. 2020.

TRANSGENDER kids: who knows best? *BBC World News*, 2017. This World. Disponível em: <https://www.bbc.co.uk/programmes/n3csk76j>. Acesso em: 15 set. 2020.

TURNER, C. Number of children being referred to gender identity clinics has quadrupled in five years. *The Telegraph*, Londres, 8 jul. 2017. Disponível em: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/07/08/number-children-referred-gender-identity-clinics-has-quadrupled>. Acesso em: 28 nov. 2020.

VLOT, Mariska C. *et al.* Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, v. 95, p. 11-19, 2017.

WALLIEN, Madeleine SC; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 47, n. 12, p. 1413-1423, 2008.

WIEPJES, Chantal M. *et al.* Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 141, n. 6, p. 486-491, 2020.

WOOD, H. *et al.* Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 39, n. 1, p. 1-6, 2013.

ZUCKER, Kenneth J. Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 25, n. 1, p. 36-37, 2020.

ZUGER, Bernard. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 172, n. 2, p. 90-97, 1984.

ZUGER, Bernard. Effeminate behavior present in boys from childhood: ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, v. 19, n. 4, p. 363-369, 1978.