autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM N° 2.427/2025, DE 8 DE ABRIL DE 2025

Publicado em: 16/04/2025 | Edição: 73 | Seção: 1 | Página: 174

Revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero e dá outras providências.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, considerando as deliberações tomadas na XII Sessão Plenária Extraordinária, realizada em 8 de abril de 2025,

RESOLVE:

Art. 1° Consideram-se as seguintes definições:

I – pessoa transgênero: indivíduo cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo de nascimento, não implicando necessariamente intervenção médica;

II – incongruência de gênero: discordância acentuada e persistente entre o gênero vivenciado de um indivíduo e o sexo atribuído, sem necessariamente implicar sofrimento;

III – disforia de gênero: grave desconforto ou sofrimento que algumas pessoas experienciam devido a sua incongruência de gênero. O diagnóstico de disforia de gênero deverá seguir os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) ou o que vier a atualizá-lo.

Art. 2° O atendimento integral à saúde da pessoa com incongruência ou disforia de gênero deve contemplar as suas necessidades, garantindo o acesso a cuidados básicos, especializados e de urgência e emergência com acolhimento e escuta qualificada, garantindo ambiente de confiança e confidencialidade.

§ 1° As informações devem ser claras, objetivas e atualizadas sobre as possibilidades terapêuticas, ressaltando os riscos, as limitações e os potenciais efeitos adversos dos tratamentos propostos.

§ 2° Deve haver encaminhamento e trabalho conjunto com equipes multidisciplinares dentro da área médica.

§ 3° Garantia de que a tomada de decisão terapêutica seja pautada nas melhores evidências disponíveis, utilizando protocolos reconhecidos e aprovados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como dentro das normas éticas vigentes.

Art. 3° Sobre a segurança do ato médico e do paciente, faz-se necessário:

I – antes de cada etapa terapêutica, o médico responsável pela prescrição e/ou procedimento deve

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

informar o seu paciente, sempre em linguagem compreensível, sobre os benefícios, os riscos, as possíveis complicações e a reversibilidade, ou não, das intervenções que estão propostas a serem realizadas;

II – no caso do paciente menor de idade, as informações devem ser compreendidas tanto pelo paciente como por seus representantes legais;

III – essas informações devem constar no termo de consentimento livre e esclarecido, que deve ser assinado pelo paciente, se maior de 18 (dezoito) anos, ou pelos representantes legais, no caso do paciente menor de 18 (dezoito) anos;

IV – os pacientes menores de idade necessitarão assinar o termo de assentimento livre e esclarecido, que deverá estar adaptado para a sua compreensão;

V – toda e qualquer documentação (termos de assentimento/consentimento, atestados, evoluções clínicas, relatórios, pareceres e laudos) deve ser mantida em prontuário, garantindo segurança, sigilo e rastreabilidade das informações.

Art. 4° Antes de quaisquer intervenções hormonais e cirúrgicas para a pessoa com incongruência ou disforia de gênero, deve haver:

I – avaliação criteriosa e individualizada, respeitando as particularidades de cada paciente, inclusive faixas etárias, estado de saúde física e mental e condições sociais;

II – seguimento de protocolos aprovados e reconhecidos, considerando critérios de elegibilidade e preparo prévio às intervenções, sempre prezando pela segurança do paciente;

III – realização dos procedimentos cirúrgicos em ambientes autorizados e com infraestrutura adequada;

IV – acompanhamento médico contínuo – antes, durante e após cada procedimento clínico ou cirúrgico – fornecendo suporte para reabilitação, prevenção de complicações e monitoramento da saúde a curto, médio e longo prazos.

Art. 5° Fica vedado ao médico prescrever bloqueadores hormonais para tratamento de incongruência de gênero ou disforia de gênero em crianças e adolescentes.

Parágrafo único. Esta vedação não se aplica a situações clínicas reconhecidas pela literatura médica, como puberdade precoce ou outras doenças endócrinas, nas quais o uso de bloqueadores hormonais é cientificamente indicado.

Art. 6° Sobre a terapia hormonal cruzada:

§ 1° Definida como a administração de hormônios sexuais para induzir características secundárias condizentes com a identidade de gênero do paciente.

§ 2° Esta terapia está vedada antes dos 18 (dezoito) anos de idade.

§ 3° O paciente que optar por terapia hormonal cruzada deverá:

I – iniciar avaliação médica, com ênfase em acompanhamento psiquiátrico e endocrinológico por, no mínimo, 1 (um) ano antes do início da terapia hormonal, conforme PTS;

II – obter avaliação cardiovascular e metabólica com parecer médico favorável antes do início do tratamento;

III – não apresentar doença psiquiátrica grave, além da disforia, ou qualquer outra doença que contraindique a terapia hormonal cruzada.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

Art. 7° No âmbito da atenção médica especializada a pessoa transgênero para cirurgias de redesignação de gênero, fica determinado que:

§ 1° Os procedimentos cirúrgicos reconhecidos para afirmação de gênero encontram-se elencados no Anexo III desta Resolução.

§ 2° Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero previstos nesta Resolução somente poderão ser realizados após acompanhamento prévio de, no mínimo, 1 (um) ano por equipe médica, conforme PTS.

§ 3° Ficam vedados os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero nas seguintes situações:

I – em pessoas diagnosticadas com transtornos mentais que contraindiquem tais intervenções;

II – antes dos 18 (dezoito) anos de idade;

III – antes dos 21 (vinte e um) anos de idade quando as cirurgias implicarem potencial efeito esterilizador, em conformidade com a Lei n° 14.443, de 2 de setembro de 2022.

§ 4° Os serviços que realizam esses procedimentos cirúrgicos deverão, obrigatoriamente, cadastrar os pacientes e assegurar a devida disponibilização dessas informações aos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição em que estiverem sediados.

Art. 8° Em casos de arrependimento ou destransição, o médico deve oferecer acolhimento e suporte, avaliando o impacto físico e mental e, quando necessário, redirecionando o paciente a especialistas adequados.

Art. 9° Indivíduos transgêneros que conservem órgãos correspondentes ao sexo biológico devem buscar atendimento preventivo ou terapêutico junto a especialista adequado.

§ 1° Homens transgêneros que mantenham órgãos biológicos femininos devem ser acompanhados por ginecologista.

§ 2° Mulheres transgêneros com órgãos biológicos masculinos devem ser acompanhadas por urologista.

Art. 10. As disposições desta Resolução não se aplicam a pessoas que já estejam em uso de terapia hormonal ou bloqueadores da puberdade.

Art. 11. Esta Resolução revoga a Resolução CFM n° 2.265/2019, publicada no Diário Oficial da União de 9 de janeiro de 2020, seção I, p.96.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO
Presidente do CFM

ALEXANDRE DE MENEZES RODRIGUES
Secretário-Geral do CFM

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

ANEXO I – HORMONIOTERAPIA

Adulto (a partir de 18 anos)

A hormonioterapia cruzada no adulto deverá ser prescrita por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico, e tem por finalidade induzir características sexuais compatíveis com a identidade de gênero. Assim, objetiva-se:

a) reduzir os níveis hormonais endógenos do sexo biológico, induzindo caracteres sexuais secundários compatíveis com a identidade de gênero;
b) estabelecer hormonioterapia adequada que permita níveis hormonais fisiológicos compatíveis com a identidade de gênero.

As doses dos hormônios sexuais a serem adotadas devem seguir os princípios da terapia de reposição hormonal para indivíduos hipogonádicos, de acordo com o estágio puberal. Não são necessárias doses elevadas de hormônios sexuais para atingir os objetivos descritos da hormonioterapia cruzada e os efeitos desejados, além de haver o risco de efeitos colaterais. Os hormônios utilizados são:

a) testosterona, para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários masculinos nos homens transexuais;

b) estrogênio, para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários femininos nas mulheres transexuais e travestis;

c) antiandrogênio, que pode ser utilizado para atenuar o crescimento dos pelos corporais e as ereções espontâneas até a realização da orquiectomia.

O uso de estrógenos ou testosterona deve ser mantido ao longo da vida do indivíduo, monitorando-se os fatores de risco. A pessoa com incongruência de gênero ou transgênero deve demonstrar esclarecimento e compreensão dos efeitos esperados e colaterais da hormonioterapia cruzada, assim como capacidade de realizá-la de forma responsável.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

ANEXO II – ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO

Criança pré-púbere (estágio puberal Tanner I)

As manifestações de disforia de gênero podem variar no decorrer das diversas fases da infância e suas diferentes faixas etárias. Em casos de dúvida diagnóstica e ausência de morbidades, nenhuma intervenção deve ser instituída, mantendo-se a devida observação.

O envolvimento dos pais, familiares ou responsável legal é obrigatório no acompanhamento de crianças, respeitando os preceitos éticos e específicos de cada área profissional envolvida.

O psiquiatra inserido na equipe multiprofissional e interdisciplinar responsável por acompanhar a criança deve se ater a observar, orientar, esclarecer e formular diagnóstico e psicoterapia – quando indicada –, assegurando o desenvolvimento da criança com diagnóstico de incongruência de gênero. Tais atitudes devem envolver não só a criança, mas também a família, cuidadores, responsável legal, escolas e outras possíveis instituições que tenham obrigação legal pelo cuidado, educação, proteção e acolhimento da criança.

Criança púbere ou adolescente (a partir do estágio puberal Tanner II)

Compreender e respeitar o que crianças e adolescentes manifestam a respeito de como se identificam é dever médico e aspecto essencial do cuidado à saúde. O acompanhamento psiquiátrico dos adolescentes será realizado por profissional capacitado e integrante da equipe multiprofissional.

Cabe ao médico psiquiatra, integrante da equipe de atendimento multiprofissional e interdisciplinar, elaborar laudos, relatórios ou atestados que se façam necessários.

Adulto (a partir de 18 anos)

A vulnerabilidade psíquica e social do indivíduo com incongruência de gênero ou transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidade nessa população, como transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade.

O acompanhamento psiquiátrico será realizado por médico psiquiatra integrante de equipe multiprofissional. Caberá a ele formular diagnóstico, identificar morbidades, realizar diagnósticos diferenciais, prescrever medicamentos e indicar e executar psicoterapia, se necessário. Após avaliação psiquiátrica, serão contraindicadas a hormonioterapia e/ou cirurgia nas seguintes condições: transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves.

Cabe ao médico psiquiatra, com a equipe multiprofissional e interdisciplinar, avaliar periódica e sequencialmente a evolução do indivíduo, mesmo após o encaminhamento para cirurgia de afirmação de gênero e sua realização, pelo período mínimo de 1 (um) ano.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

ANEXO III – PROTOCOLOS CIRÚRGICOS

A hormonioterapia é obrigatoriamente utilizada sob supervisão endocrinológica, ginecológica ou urológica no período pré-operatório, devendo ser avaliado se as transformações corporais atingiram o estágio adequado para indicar os procedimentos cirúrgicos.

Os procedimentos cirúrgicos para a afirmação de gênero são os abaixo descritos.

Procedimentos de afirmação de gênero do masculino para o feminino

Neovulvovaginoplastia

A neovulvovaginoplastia primária compreende: orquiectomia bilateral, penectomia, neovaginoplastia e neovulvoplastia. A neovaginoplastia com segmento intestinal só deverá ser realizada quando ocorrer falha ou impossibilidade do procedimento primário. Deve ser avaliada a condição da pele e prepúcio (balanopostites/fimose) com o objetivo de planejar a técnica cirúrgica de neovaginoplastia e a adequada disponibilidade de tecidos saudáveis. Além disso, deve ser realizada depilação definitiva da pele da haste peniana.

Mamoplastia de aumento

A mamoplastia de aumento poderá ser realizada em mulheres transexuais e travestis.

Procedimentos de afirmação de gênero do feminino para o masculino

Os procedimentos de afirmação de gênero do feminino para o masculino são:

a) mamoplastia bilateral;

b) mastectomia bilateral;

c) cirurgias pélvicas: histerectomia e ooforectomia bilateral;

d) cirurgias genitais:

– neovaginoplastia: que pode ser realizada em conjunto com a histerectomia e ooforectomia bilateral ou em momentos cirúrgicos distintos;

– faloplastias:

• metoidoplastia, que compreende retificação e alongamento do clitóris após estímulo hormonal, considerada o procedimento de eleição para faloplastia;

• neofaloplastia, com retalho microcirúrgico de antebraço ou retalho de outras regiões. É considerada experimental, devendo ser realizada somente mediante as normas do Sistema CEP/Conep.

Para complementar as faloplastias (metoidoplastia e neofaloplastia), são realizadas uretroplastia em um ou dois tempos, com enxertos de mucosa vaginal/bucal ou enxerto/retalhos genitais, escrotoplastia com pele dos grandes lábios e colocação de prótese testicular em primeiro ou segundo tempo.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

Outros procedimentos destinados a adequação corporal para afirmação de gênero devem ser avaliados de acordo com o caso concreto.

Segregação dos procedimentos segundo potencial efeito esterilizador

1. Com efeito esterilizador

– Neovulvovaginoplastia (masculino → feminino): inclui a orquiectomia bilateral (remoção dos testículos), ocasionando perda irreversível da capacidade reprodutiva.

– Histerectomia e ooforectomia bilateral (feminino → masculino): consiste na remoção do útero e dos ovários, resultando em esterilidade permanente.

2. Sem efeito esterilizador

– Mamoplastia de aumento (masculino → feminino): cirurgia para aumento das mamas que não interfere na capacidade reprodutiva ou na produção de gametas.

– Mamoplastia bilateral (feminino → masculino): remoção ou redução de tecido mamário, sem remoção de ovários ou útero; não afeta a fertilidade em si.

– Cirurgias genitais (feminino → masculino) que não incluem remoção de ovários/útero:

- Neovaginoplastia, quando não acompanhada de remoção de ovários e útero;
- Faloplastias (metoidoplastia ou neofaloplastia), com ou sem uretroplastia e escrotoplastia, também não implicam, por si mesmas, perda irreversível da capacidade reprodutiva, desde que não haja associação com histerectomia e/ou ooforectomia.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

ANEXO IV – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de equipe multiprofissional e interdisciplinar a partir da singularidade dos sujeitos assistidos, permitindo, assim, promover atenção em saúde integral. O PTS abrange o sujeito em todas as etapas de seu acompanhamento, dando-lhe condições para que participe ativamente do processo terapêutico, sendo corresponsável por seu cuidado.

A criação de vínculos com as pessoas assistidas é fundamental para uma atenção humanizada. É importante articular as demandas dos sujeitos e as ações propostas pela equipe multiprofissional e interdisciplinar. O PTS deve também incluir, sempre que necessário, a participação da família e da rede social do sujeito nos processos de cuidado.

Cada pessoa vivencia sua identidade de gênero de forma singular, sendo necessário estabelecer metas para as ações em cuidado de saúde, assim como avaliações sistemáticas das etapas do processo. O PTS será desenvolvido respeitando-se as normatizações e diretrizes vigentes das especialidades médicas e áreas do conhecimento envolvidas nesse cuidado.

Na elaboração do PTS:

a) os profissionais da equipe ambulatorial serão responsáveis pela primeira etapa do PTS;

b) deve-se assegurar que todos os membros da equipe realizem atendimento à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero, para que identifiquem as singularidades de cada caso;

c) o PTS será elaborado em reunião de discussão da equipe multiprofissional e interdisciplinar, com a participação da pessoa com incongruência de gênero ou transgênero;

d) o atendimento médico deve constar de anamnese, exame físico e psíquico completos, incluindo na identificação do indivíduo nome social, nome de registro, identidade de gênero e sexo ao nascimento;

e) deverá constar a existência de histórico patológico, proporcionando os devidos encaminhamentos necessários;

f) considerando a fase peculiar do desenvolvimento, as ações sugeridas pelo PTS deverão ser construídas com crianças, adolescentes e seus pais ou responsável legal;

g) a assistência disponibilizada para crianças e adolescentes deverá estar articulada com as escolas e também com as instituições de acolhimento, quando for o caso, considerando a importante dimensão desses serviços no desenvolvimento infantil.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM N° 2.427/2025

De acordo com a 11° edição da Classificação Internacional das Doenças[1], define-se incongruência de gênero ou transgênero como a não paridade entre identidade de gênero e sexo ao nascimento. Incluem-se nesse grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.

Em 1966, Harry Benjamin definiu o termo “transexual” e foi responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas transexuais à época. Graças a Benjamin, afirmou-se cientificamente a ideia de que pessoas transexuais não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica focada na possibilidade de transição somática, utilizada até hoje.

Dados epidemiológicos sobre transexualidade sugerem uma prevalência na vida de 1:37.000 para o sexo masculino ao nascimento, e de 1:103.000 para o sexo feminino ao nascimento. Existe grande variabilidade das estimativas de prevalência, devido a problemas diagnósticos, características transculturais e falta de acesso a serviços especializados. Estudos sugerem que de 0,3% a 0,6% da população adulta é transgênero (cerca de 25 milhões de pessoas transgêneros em todo o mundo), mas a real prevalência depende da definição usada na classificação dessa população. Por exemplo, em pesquisas que incluem apenas indivíduos que passaram por terapia hormonal ou cirurgia de afirmação de gênero, a prevalência relatada foi de 7 a 9 a cada 100.000 pessoas. No entanto, em estudos que incluem o *status* de transgênero com base em autorrelato, a prevalência foi de aproximadamente 871 por 100.000 pessoas[2,3].

O fornecimento de terapia hormonal de afirmação de gênero orientada por médicos demonstrou melhorar a qualidade de vida e reduzir os transtornos citados nessa população. A pessoa transexual, em maiores ou menores proporções, enfrenta algumas possibilidades relacionadas a sua condição que podem causar sofrimento, como ter de lidar com questões do desenvolvimento sexual em um corpo que percebem incongruente com o gênero com o qual se identificam, inclusive em idades bem precoces, quando os recursos emocionais ainda são frágeis.

A vulnerabilidade psíquica e social do indivíduo transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidades existentes nessa população, como transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e, em situações extremas, suicídio.

A transição de gênero é realizada, em tese, para melhorar o bem-estar de pessoas que sofrem de disforia de gênero. No entanto, alguns têm argumentado que as evidências que apoiam intervenções médicas para transição de gênero (por exemplo, terapias hormonais e cirurgia) são fracas e inconclusivas, e um número crescente de pessoas se apresentou recentemente para compartilhar suas experiências de arrependimento de transição e destransição.

Embora dados recentes tenham esclarecido uma gama complexa de experiências que levam as pessoas à destransição, a pesquisa ainda está em sua infância. Pouco se sabe sobre as necessidades médicas e de saúde mental desses pacientes, e atualmente não há orientação sobre as melhores práticas para clínicos envolvidos em seus cuidados. Além disso, o termo “destransição” pode ter ampla gama de significados possíveis para pessoas que se identificam como transgênero, destransicionadores e pesquisadores, levando a inconsistências em seu uso.

No futuro, minimizar os danos exigirá a realização de pesquisas robustas, desafiando suposições fundamentais[4]. Estudos que avaliam o arrependimento após a transição médica têm

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

usado definições não padronizadas, e os métodos para verificar o arrependimento têm sido heterogêneos[5].

Da mesma forma, a definição de destransição varia entre estudos, mas a maioria inclui interromper medicamentos, fazer cirurgia para reverter os efeitos da transição, ou ambos[6]. A desistência é um fenômeno intimamente relacionado, que é frequentemente aplicado a crianças cuja disforia de gênero se resolve antes de passar por intervenções médicas[7]. Muitas das cirurgias para transição de gênero são irreversíveis, além de que a mudança ou descontinuação das terapias hormonais confere possíveis novos riscos.

Da mesma forma, nem todos aqueles que fazem destransição sentem arrependimento sobre sua decisão de transição[8]. Fatores externos, como complicações médicas ou discriminação, podem levar algumas pessoas a decidirem pela destransição[9]. A destransição apresenta vários desafios médicos e bioéticos.

Embora dados recentes tenham esclarecido uma gama complexa de experiências que levam as pessoas à destransição, o conhecimento do tema ainda é incipiente. Pouco se sabe sobre as necessidades médicas e de saúde mental desses pacientes, e atualmente não há orientação sobre as melhores práticas para os médicos envolvidos em seus cuidados.

Em estudos mais antigos, de 61% a 98% dos casos diagnosticados com transtorno de identidade de gênero/disforia de gênero na primeira infância reconciliaram sua identidade de gênero com seu sexo de nascimento através do curso natural da puberdade[10]. Muitas dessas crianças tornaram-se adultos gays ou lésbicas. Meninos “femininos” tinham mais probabilidade de se tornarem homens gays do que mulheres transgênero, e o mesmo era verdadeiro para meninas não conformes com o gênero[7,10,11]. Atualmente, sabe-se menos sobre a desistência. Ao contrário do passado, quando os clínicos trabalhavam ativamente com crianças e seus pais para diminuir a disforia de gênero ou adotavam uma estratégia neutra de “espera vigilante”[12], muitos dos jovens de hoje passam por alguma forma de transição social de gênero (por exemplo, mudança de roupa, corte de cabelo, nomes e pronomes, amarração de seios, uso de instalações do sexo oposto, etc.) antes de contemplar intervenções médicas[13,14,15].

Embora a transição social seja frequentemente descrita como uma intervenção neutra com poucas, ou nenhuma, consequências a longo prazo, vários estudos apoiam a hipótese de que ela pode concretizar a disforia de gênero[14,15]. Além disso, evidências recentes sugerem que a transição social pode não estar associada a uma melhoria do estado de saúde mental a curto prazo[13]. Quase todos os menores (>95%) que iniciam o processo de transição médica com bloqueio da puberdade no início da puberdade, ou logo depois, passam a receber hormônios do sexo oposto[16,17,18]. Os defensores do tratamento de afirmação de gênero atribuem essa persistência após o início dos bloqueadores da puberdade a um processo de seleção eficaz, resultando em poucos falsos positivos.

No entanto, essa explicação está em desacordo com a pressão por avaliações psicológicas abreviadas e uma abordagem diagnóstica, endossada por viés de afirmação, que se baseia na premissa de que as crianças “sabem quem são” e os adultos devem seguir a liderança da criança nas decisões sobre intervenções médicas[19].

Como exemplo de estudos recentes, temos uma coorte finlandesa em que, dos 1.359 indivíduos que passaram por transição de gênero hormonal na Finlândia de 1996 a 2019, 7,9% descontinuaram tratamento após acompanhamento médio de 8,5 anos. O risco de descontinuação foi maior entre as coortes mais jovens. A razão de risco foi de 2,7 (intervalo de confiança de 95% 1,1-6,1) entre aqueles que acessaram serviços de identidade de gênero de 2013 a 2019 em comparação com aqueles fizeram de 1996 a 2005.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

A descontinuação também pareceu estar surgindo mais cedo entre aqueles que entraram no processo em anos posteriores[20].

A taxa de arrependimento também foi avaliada em estudo longitudinal em andamento, o Trans Youth Project, tendo como amostra jovens transgênero recrutados nos Estados Unidos e Canadá entre 2013 e 2017.[21] Os dados de satisfação e arrependimento incluem respostas dos jovens ou de seus pais, representando 87% dos jovens com 12 anos ou mais na coorte que receberam cuidados médicos de afirmação de gênero (235 de 269 jovens) – destes, 220 concluíram a pesquisa. Foram relatados níveis altos de satisfação e baixos níveis de arrependimento com bloqueadores da puberdade e hormônios de afirmação de gênero, bem como altos níveis de continuação do tratamento. Dos 220 entrevistados na amostra principal, 9 estavam arrependidos de terem recebido bloqueadores (n = 8) e/ou hormônios (n = 3, 2 dos quais relataram arrependimento com ambos), quatro pararam todos os cuidados médicos de afirmação de gênero e um continuou a receber bloqueadores, mas planeja parar. Os outros quatro continuaram o tratamento, sugerindo que arrependimento não é sinônimo de interromper o tratamento. Os achados sugerem que os jovens que fizeram uso de bloqueadores hormonais e hormonioterapia como parte do cuidado de afirmação de gênero tendem a ficar satisfeitos e não arrependidos desse uso vários anos depois.

Em estudo[22] com 104 jovens de 13 a 20 anos (idade média [DP], 15,8 [1,6] anos), havia 63 indivíduos transmasculinos (60,6%), 27 indivíduos transfemininos (26,0%), 10 indivíduos não binários ou de gênero fluido (9,6%) e 4 jovens que responderam “não sei” ou não responderam à pergunta sobre identidade de gênero (3,8%). No início do estudo, 59 indivíduos (56,7%) tinham depressão moderada a grave, 52 (50%) tinham ansiedade moderada a grave e 45 (43,3%) relataram automutilação ou pensamentos suicidas. Ao final do estudo, 69 jovens (66,3%) receberam bloqueadores da puberdade ou hormonioterapia ou ambas as intervenções, enquanto 35 jovens não receberam nenhuma das intervenções (33,7%). Após o ajuste para potenciais fatores de confusão, observou-se 60% menos chances de depressão (razão de chances ajustada [aOR], 0,40; IC de 95%, 0,17-0,95) e 73% menos chances de suicídio (aOR, 0,27; IC de 95%, 0,11-0,65) entre jovens que iniciaram hormonioterapia ou bloqueadores da puberdade em comparação com jovens que não iniciaram. Não houve associação entre esses fármacos e ansiedade (aOR, 1,01; IC de 95%, 0,41, 2,51).

Concluiu-se que intervenções médicas de afirmação de gênero foram associadas a menores chances de depressão e suicídio ao longo de doze meses. Revisão sistemática com vinte estudos[23] avaliou o efeito da terapia hormonal de afirmação de gênero em desfechos psicológicos entre pessoas transgêneros. A terapia hormonal foi associada a aumento da qualidade de vida, diminuição da depressão e diminuição da ansiedade. Os autores reclamam que a conclusão é limitada pelo alto risco de viés nos desenhos de estudo, pelos tamanhos de amostra pequenos e por fatores de confusão com outras intervenções. Não se obteve conclusão sobre suicídio.

De longa data, presume-se que poucos pacientes que fazem a transição de gênero se arrependem de sua escolha e buscam reversão. Da década de 1970 à década de 2010, as estimativas de arrependimento eram de apenas 2%[24]. No entanto, pesquisas mais recentes sugerem que, com o aumento no número de pessoas acessando a redesignação de gênero, a reversão da transição iniciada parece também estar aumentando[25]. Em amostras recentes, 20-30% daqueles que iniciaram a transição de gênero hormonal descontinuaram o tratamento hormonal em quatro a cinco anos[26,27]. É possível que alguns pacientes descontinuem o tratamento hormonal porque atingiram suas metas de transição. Algumas mudanças, como alteração da voz, podem ser alcançadas com tratamentos hormonais relativamente curtos e são permanentes, enquanto a manutenção de algumas outras mudanças requer tratamento permanente[20]. Pessoas que abandonaram a transição de gênero têm relatado várias razões, como: preocupações sobre

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

complicações médicas; atribuir disforia de gênero a razões outras que não a identidade de gênero, como trauma ou transtornos mentais; descobrir que a transição não aliviou o sofrimento e a discriminação.

Mais importante, aqueles que destransicionaram relataram repetidamente que, antes de fazerem a redesignação de gênero, atenção insuficiente foi dada a sua saúde mental e problemas psicossociais, que, em retrospecto, eles acreditavam ter desempenhado papel importante em seu desejo de transição. Expressaram preocupações de que as avaliações para a redesignação de gênero eram muito superficiais, sem busca por explicações para seu sofrimento além de uma identidade estável e discordante de sexo que exigia transição. Essas conclusões vieram de um estudo que avaliou cem pacientes que destransicionaram[28], o que contradiz os apelos para diminuir o limite para a redesignação médica de gênero[29].

Outro estudo que avaliou fatores que levaram à destransição teve um total de 17.151 participantes que relataram já terem feito transição de gênero.[30] Destes, 2.242 (13,1%) relataram histórico de destransição. Daqueles que destransicionaram, 82,5% reportaram pelo menos um fator externo de motivação, como pressão da família e estigma social. O histórico de destransição foi associado ao sexo masculino atribuído ao nascer, identidade de gênero não binária, orientação sexual bissexual e família que não apoiava a identidade de gênero. 15,9% dos entrevistados relataram pelo menos um fator pessoal de motivação, incluindo flutuações ou incertezas em relação à identidade de gênero.

Em estudo dinamarquês[31] com 2.789 pessoas transgêneros, a taxa de transição em mulheres transgêneros aumentou de 4 eventos por 100 pessoas no ano de 2000-2005 para 20,6 entre 2014 e 2018. Em homens transgênero, a taxa aumentou de 4,2 para 18,8. A taxa de descontinuação foi de 0,06 por pessoa ano.

O uso de bloqueadores hormonais para supressão da puberdade em crianças e adolescentes é motivo de discussões e questionamentos cada vez mais frequentes que levaram, inclusive, o Reino Unido a abolir o uso. Metanálise[32] que incluiu dez estudos, inclusive estudos observacionais (n = 3), para comparar bloqueadores da puberdade *versus* nenhum bloqueador da puberdade apresentou baixo nível de evidências sobre os resultados da função global e depressão. As evidências sobre disforia de gênero, função global, depressão e densidade mineral óssea não permitiram concluir se há dano ou benefício no uso dessas substâncias.

A maioria dos riscos físicos associados aos bloqueadores da puberdade é devida ao seu efeito de suprimir a produção de hormônios sexuais. A exposição a hormônios sexuais é importante para a resistência óssea, para crescimento adequado e para o desenvolvimento de órgãos sexuais. Consequentemente, densidade óssea reduzida, altura alterada e fertilidade reduzida podem ocorrer como resultados do tratamento.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, ainda não há resposta definitiva. Pesquisas preliminares não encontraram nenhum comprometimento no desempenho acadêmico, o que seria esperado se o desenvolvimento cognitivo fosse interrompido. Já no caso do uso de hormonioterapia, entre os riscos estão aumento de doenças cardiovasculares e hepáticas, incluindo câncer; fertilidade reduzida; calvície e acne, no caso da testosterona; e, no caso do estrogênio, maior risco de câncer de mama, problemas tromboembólicos, entre outros.

A maioria dos riscos físicos associados a bloqueadores da puberdade e hormônios de afirmação de gênero pode ser controlada. Por exemplo, riscos podem ser reduzidos por meio da triagem de doenças crônicas e de câncer ao longo da vida e da otimização de fatores de estilo de vida, como dieta e exercícios. O aconselhamento sobre fertilidade é normalmente recomendado

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

como parte da avaliação das necessidades e objetivos do paciente; a preservação dos gametas também é possível. Há danos mais difíceis de se mensurar.

O debate ético tende a se concentrar em danos subjetivos, particularmente arrependimento. Um foco significativo no debate ético é a possibilidade de que jovens possam mais tarde retornar a sua identidade de gênero atribuída ao nascer, fenômeno conhecido como destransição. Estima-se que a descontinuação do tratamento ocorra em 2% a 25% dos casos, e parece ocorrer principalmente sem arrependimento, com pesquisas preliminares sugerindo que a insatisfação (3% a 8%) e o arrependimento (0,5% a 2%) são muito menos comuns que a descontinuação do tratamento em si[33].

A dúvida em relação ao uso de bloqueadores hormonais fez, recentemente, diversos países proibirem ou restringirem seu uso, inclusive países de viés claramente liberal em questões de costumes. Esse movimento tomou força a partir de 2020, um ano após a publicação da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Em resposta às preocupações, nações como Suécia, Noruega, Finlândia e Inglaterra revisaram suas diretrizes e restringiram o uso de bloqueadores de puberdade e hormonioterapia para menores, refletindo a necessidade de mais pesquisas e uma abordagem mais cautelosa na prescrição desses medicamentos. Especialistas destacam a necessidade de mais estudos de longo prazo para entender completamente os efeitos dos bloqueadores de puberdade, tanto físicos quanto psicológicos. A evidência atual é limitada e muitas vezes baseada em estudos de curto prazo. Como a prática mostrou que não são inócuos ou facilmente reversíveis, está havendo regressão na recomendação de seu uso.

Nos Estados Unidos, esse tipo de decisão é de nível estadual, e algumas instituições de saúde também estão preocupadas com a possibilidade de processos. Em abril de 2024, a Inglaterra proibiu completamente o uso de bloqueadores hormonais em menores de idade para fins de disforia de gênero devido à baixa qualidade das evidências científicas disponíveis e a relatos de indicações inadequadas e falhas no acompanhamento dos pacientes.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS), do Reino Unido, é conhecido por sua seriedade na análise de dados e tomada de decisões, portanto essa decisão se deveu a um número alto de complicações e arrependimento, além da falta de evidências científicas que embasem o uso[34]. Em 2018, dez médicos da única clínica de transição de gênero para jovens do NHS da Inglaterra, conhecida como Tavistock Gender Identity Development Service, queixaram-se de se sentir pressionados a aplicar bloqueadores da puberdade em crianças que nem comprovadamente tinham disforia. Acusados de transfobia por limitar o acesso a esses medicamentos, passaram a liberar o uso de forma menos criteriosa. Foi quando o NHS contratou uma revisão independente que questiona a eficácia de bloqueadores de puberdade para crianças e adolescentes com disforia de gênero, em comparação com apoio psicológico, transição social para o gênero desejado ou nenhuma intervenção. Baseado também nesses achados, o NHS tomou a decisão de proibir.

Os europeus foram os pioneiros no uso de tratamentos de gênero para jovens. Na década de 1990, uma clínica em Amsterdã começou a administrar medicamentos bloqueadores de puberdade a adolescentes que se sentiam de um gênero diferente desde a infância. Médicos argumentaram que os medicamentos poderiam dar tempo aos pacientes jovens com disforia de gênero para explorar sua identidade e decidir se deveriam continuar com os hormônios para fazer a transição. A pesquisa da equipe holandesa, publicada pela primeira vez em 2011 e que acompanhou um grupo cuidadosamente selecionado de 70 adolescentes, descobriu que bloqueadores da puberdade, em conjunto com terapia, melhoraram o funcionamento psicológico. Esse estudo foi extremamente influente, fazendo clínicas de todo o mundo a seguir o protocolo

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

holandês. Na Suécia, por exemplo, os encaminhamentos aumentaram de cerca de 50 adolescentes em 2014 para 350 em 2022. No Reino Unido, esses números aumentaram de 470 em 2014 para 3,6 mil em 2022. E, diferentemente dos participantes do estudo holandês original, muitos dos novos pacientes não sentiram angústia de gênero até a puberdade e tinham outros problemas de saúde mental, inclusive depressão e autismo.

As cirurgias para afirmação de gênero são muitas vezes complexas e sujeitas a riscos, inclusive morte. São mandatórias a avaliação do risco/benefício e a explicação detalhada deles e de sua irreversibilidade. Com a crescente aceitação de indivíduos transgêneros, aumentou o número de cirurgias de afirmação de gênero. Indivíduos transgêneros enfrentam taxas elevadas de depressão, levando a um aumento na ideação e tentativas de suicídio.

Estudo retrospectivo[35] avaliou 56 organizações de saúde dos Estados Unidos e mais de 90 milhões de pacientes, envolvendo quatro coortes: coorte A, adultos de 18 a 60 anos que passaram por cirurgia de afirmação de gênero e uma visita de emergência (n = 1.501); coorte B, grupo de controle de adultos com visitas de emergência, mas sem cirurgia de afirmação de gênero (n = 15.608.363); e coorte C, grupo de controle de adultos com visitas de emergência, laqueadura ou vasectomia, mas sem cirurgia de afirmação de gênero (n = 142.093). Todas as pessoas foram analisadas para tentativas de suicídio, morte, automutilação e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após cirurgias para afirmação de gênero. Indivíduos que passaram por cirurgia de afirmação de gênero tiveram risco de tentativa de suicídio 12 vezes maior do que aqueles que não passaram (3,47% vs. 0,29%, RR IC 95% 9,20-15,96, p < 0,0001). Comparado aos controles de laqueadura/vasectomia, o risco foi 5,03 vezes maior, concluindo que a cirurgia de afirmação de gênero está significativamente associada a riscos elevados de tentativa de suicídio, destacando a necessidade de suporte psiquiátrico abrangente pós-procedimento.

Há poucos estudos a respeito de complicações de pacientes submetidos a cirurgias de redesignação sexual. Fístulas, retenção urinária, sangramentos, estenose uretral, infecção, lesões retais e necrose tecidual são complicações descritas[36,37].

Em casos de cirurgia de redesignação sexual de pênis para vagina, o procedimento mais comum é a vaginoplastia de inversão peniana, que visa reproduzir uma vulva com um canal vaginal que permite a penetração, bem como a construção do clítoris e pequenos lábios devidamente funcionais. Apesar do elevado nível de satisfação, na maioria dos casos requer uma reoperação (labioplastia e/ou clitoroplastia) para melhoria estética[38].

Em outro estudo[39], pesquisadores observaram que, entre 330 pacientes submetidos a vaginoplastia de inversão peniana, durante os anos de 2011 e 2015, 30 precisaram de uma segunda operação e, dessas, 90% eram de labioplastia de revisão. Boas e colaboradores[38], com uma amostra de 117 pacientes submetidas a vaginoplastia de inversão peniana, relatam que 54 dessas pacientes tiveram algum tipo de complicação pós-cirúrgica, como dor prolongada, inchaço e hipersensibilidade local, estenose introital, dispareunia e anorgasmia, além de problemas no trato urinário como incontinência, fluxo interrompido, infecção e/ou retenção urinária. Ademais, foram relatadas complicações maiores, que exigiram internação hospitalar e/ou intervenção cirúrgica, como sangramento excessivo, estenose vaginal, fístula retrovaginal, infecções e necrose.

A atenção integral à saúde da pessoa com incongruência de gênero ou transgênero deve contemplar todas as suas necessidades de saúde, garantindo, ao longo da vida, o acesso, sem qualquer discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.

Assim, o CFM vem, por esta Resolução, disciplinar o cuidado à pessoa transgênero em relação às ações e condutas de profissionais médicos em serviços de saúde públicos ou privados. A

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

linha de cuidados específicos de que trata esta Resolução deve contemplar o acolhimento, o acompanhamento ambulatorial, a hormonioterapia e o cuidado cirúrgico.

BRUNO LEANDRO DE SOUZA

Conselheiro Relator

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE

Conselheiro Relator

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Disponível em: https://icd.who.int/en/.

2. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. J Sex Med. 2016;13(4):613-26. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.02.001.

3. Marques MA, Teruchkin MM, Oliveira ALML. Tromboembolismo venoso em mulheres transgênero. J vasc bras [Internet]. 2022;21:e20220120. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1677-5449.202201201.

4. Jorgensen SCJ. Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties. Arch Sex Behav. 2023;52(5):2173-84. DOI: 10.1007/s10508-023-02626-2.

5. Narayan SK, Hontscharuk R, Danker S, Guerriero J, Carter A, Blasdel G, Bluebond-Langner R, Ettner R, Radix A, Schechter L, Berli JU. Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. Ann Transl Med. 2021;9(7):605. DOI: 10.21037/atm-20-6204.

6. Vandenbussche E. Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. J Homosex. 2022;69(9):1602-20. DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479.

7. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A follow-up study of boys with gender identity disorder. Front Psychiatry. 2021;12:632784. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.632784.

8. Pullen Sansfaçon A, Gelly MA, Gravel R, Medico D, Baril A, Susset F, Paradis A. A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. Inf Child Dev. 2023;32:e2402. DOI: 10.1002/icd.2402.

9. MacKinnon KR, Kia H, Salway T, Ashley F, Lacombe-Duncan A, Abramovich A, Enxuga G, Ross LE. Health Care Experiences of Patients Discontinuing or Reversing Prior Gender-Affirming Treatments. JAMA Netw Open. 2022;5(7):e2224717. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.24717.

10. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol. 2008;44(1):34-45. DOI: 10.1037/0012-1649.44.1.34.

11. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. Int Rev Psychiatry. 2016;28(1):13-20. DOI: 10.3109/09540261.2015.1115754.

12. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. J Abnorm Child Psychol. 2003;31(1):41-53. DOI: 10.1023/a:1021769215342.

13. Morandini JS, Kelly A, de Graaf NM, Malouf P, Guerin E, Dar-Nimrod I, Carmichael P. Is Social Gender Transition Associated with Mental Health Status in Children and Adolescents with Gender Dysphoria? Arch Sex Behav. 2023;52(3):1045-60. DOI: 10.1007/s10508-023-02588-5.

14. Olson KR, Durwood L, Horton R, Gallagher NM, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. Pediatrics. 2022;150(2):e2021056082. DOI: 10.1542/peds.2021-056082.

15. Zucker KJ. Debate: Different strokes for different folks. Child Adolesc Ment Health. 2020;25(1):36-37. DOI: 10.1111/camh.12330.

16. Brik T, Vrouenraets LJJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. Arch Sex Behav. 2020;49(7):2611-8. DOI: 10.1007/s10508-020-01660-8.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

17. Carmichael P, Butler G, Masic U, Cole TJ, De Stavola BL, Davidson S, Skageberg EM, Khadr S, Viner RM. 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. PLoS One. 2021;16(2):e0243894. DOI: 10.1371/journal.pone.0243894.

18. de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. J Sex Med. 2011;8(8):2276-83. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.

19. Ehrensaft D. The gender spread. In: Ehrensaft D. The gender creative child: pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes. Nova York: The Experiment: 2016.

20. Kaltiala R, Helminen M, Holttinen T, Tuisku K. Discontinuing hormonal gender reassignment: a nationwide register study. BMC Psychiatry. 2024;24(1):566. DOI: 10.1186/s12888-024-06005-6.

21. Olson KR, Raber GF, Gallagher NM. Levels of satisfaction and regret with gender-affirming medical care in adolescence. JAMA Pediatr. 2024;178(12):1354-1361. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.4527.

22. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e220978. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0978.

23. Baker KE, Wilson LM, Sharma R, Dukhanin V, McArthur K, Robinson KA. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. J Endocr Soc. 2021;5(4):bvab011. DOI: 10.1210/jendso/bvab011.

24. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. Arch Sex Behav. 2014;43(8):1535-45. DOI: 10.1007/s10508-014-0300-8.

25. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. BJPsych Open. 2021;7(6):e184. DOI: 10.1192/bjo.2021.1022.

26. Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. Healthcare (Basel). 2022;10(1):121. DOI: 10.3390/healthcare10010121.

27. Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, Schvey NA, Hisle-Gorman E. Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(9):e3937-e3943. DOI: 10.1210/clinem/dgac251.

28. Littman L. Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: a survey of 100 detransitioners. Arch Sex Behav. 2021;50(8):3353-3369. DOI: 10.1007/s10508-021-02163-w.

29. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. Int J Transgend Health. 2022;23(Suppl 1):S1-S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

30. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. LGBT Health. 2021;8(4):273-280. DOI: 10.1089/lgbt.2020.0437.

31. Glintborg D, Rubin KH, Kristensen SB, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Hilden M, Andersen MS. Gender affirming hormonal treatment in Danish transgender persons: a nationwide register-based study. Andrology. 2022;10(5):885-893. DOI: 10.1111/andr.13181.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.

autuado por Diego Marinetto em 25/04/2025 10:06:14.

32. Miroshnychenko A, Roldan Y, Ibrahim S, Kulatunga-Moruzi C, Montante S, Couban R, et al. Puberty blockers for gender dysphoria in youth: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2025 Jan 30:archdischild-2024-327909. DOI: 10.1136/archdischild-2024-327909.
33. Wright D, Pang KC, Giordano S, Gillam L. Evaluating the benefits and risks of puberty blockers and gender-affirming hormones for transgender adolescents. J Paediatr Child Health. 2025;61(1):7-11. DOI: 10.1111/jpc.16734.
34. NHS. Treatment: Gender dysphoria. National Health Service, Reino Unido. 2025. Disponível em: https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/.
35. Straub JJ, Paul KK, Bothwell LG, Deshazo SJ, Golovko G, Miller MS, et al. Risk of suicide and self-harm following gender-affirmation surgery. Cureus. 2024;16(4):e57472. DOI: 10.7759/cureus.57472.
36. Lewis J, Patterson A, Effirim M, Lim S, Cuello V, Phan M, Lee WC. Examining gender-specific mental health risks after gender-affirming surgery: a national database study. The Journal of Sexual Medicine. 2025. DOI: 10.1093/jsxmed/qdaf026.
37. Mayo Clinic. Feminizing surgery. 2025. Disponível em: https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/feminizing-surgery/about/pac-20385102.
38. Boas SR, Ascha M, Morrison SD, Massie JP, Nolan IT, Shen JK, et al. Outcomes and predictors of revision labiaplasty and clitoroplasty after gender-affirming genital surgery. Plast Reconstr Surg. 2019;144(6):1451-61. DOI: 10.1097/PRS.0000000000006282.
39. Gaither TW, Awad MA, Osterberg EC, Murphy GP, Romero A, Bowers ML, Breyer BN. Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. J Urol. 2018;199(3):760-765. DOI: 10.1016/j.juro.2017.10.013.

Matéria MOC 24/2025. Documento assinado digitalmente por AMANDA VETTORAZZO CARNEIRO em 24/04/2025 e juntado ao MOC 24/2025 por Diego Marinetto. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=626418.