



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

**COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO
PARTICIPATIVA**

PRESIDENTE: SANDRA SANTANA

TIPO DA REUNIÃO: Audiência Pública
LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo
DATA: 22 de Outubro de 2025

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Manifestação fora do microfone
- Exibição de imagens

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Bom dia a todos, sejam muito bem-vindos. (Pausa)

Nossos convidados estão dando entrevistas à Rede Câmara SP, já estamos no horário, mas vamos aguardar. (Pausa)

Pergunto se tem algum membro da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa conectado conosco. (Pausa) Ainda não. Enquanto os colegas vão terminando suas entrevistas, falarei um pouquinho da nossa reunião.

Faremos, hoje, uma audiência pública, cujos convites procurei fazer tanto em plenário, como em *posts* nas minhas redes sociais. De qualquer forma, como é um ato oficial da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, também foi publicada no *Diário Oficial*. Quero salientar que, dentro das minhas possibilidades, dei total publicidade a este evento.

Por que estou frisando isso? Porque houve uma audiência pública sobre um dos meus projetos, há cerca de dez dias e, nessa ocasião, houve uma acusação, uma queixa, digamos assim, de que eu teria escondido o evento. Então, procurei, dentro das minhas possibilidades, publicizar ainda mais esta audiência de hoje.

Enquanto Deputada Estadual, realizei muitas audiências públicas sobre vários temas e sempre tive o cuidado de convidar pessoas com visões muito diversas. Abordei, por exemplo, candidatura independente de partidos, falei sobre privatização de presídios, dentre tantos outros temas importantes, mas sempre convidando pessoas com pensamentos diversos.

Desta vez, e gosto de ser muito explícita com os meus critérios, adotei uma postura diferente e é importante que todos conheçam a metodologia utilizada. Fiz o convite. Antes, propus à CCJ, porque esse é um evento da CCJ, aproveito para registrar que o membro da CCJ nosso Vereador Sansão Pereira está chegando. Inclusive, peço para colocar à Mesa a placa de identificação dele, a quem peço a gentileza de sentar-se a meu lado. (Pausa)

- Manifestação fora do microfone.

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Sim, perfeito. Já vou ler e seguir o roteiro. As equipes de assessoria da Casa ficam desesperadas comigo, pois quebro todos os

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 2 DE 78

protocolos. Só um minuto, já vou ler o roteiro, preciso apenas fazer essa explicação prévia.

Como dizia, fiz uma escolha diferente. Por quê? Porque esse é um tema extremamente atual, é um tema sabidamente e assumidamente polêmico e a Imprensa inteira já tomou uma posição. Muitas associações médicas também têm sua posição. Os formadores de opinião que têm voz igualmente têm uma posição.

Também o PSOL tem feito audiências, e esse partido é quem governa o País, hoje, e digo isso com tranquilidade de espírito, pois, em algum momento, o PT perceberá que é o PSOL quem governa, afinal são as pautas do PSOL que o orientam todas as políticas públicas e todos os conselhos – e isso é um fato -, enfim, o PSOL tem feito audiências públicas sobre esse tema, não só nesta Casa, mas também na Câmara Federal e em tantos outros espaços, porém só convida um lado.

Dito isso, o que fiz? Pedi ajuda às pessoas que trabalham comigo para identificarmos, além do Dr. Rafael e do Dr. Bruno, eles que são conselheiros do Conselho Federal de Medicina, CFM, e autores da resolução que vem sendo bombardeada pelo PSOL e por seus grupos correlatos, então, a identificar e buscar outros profissionais que viessem participar deste debate. Meus assessores ajudaram nessa busca, ia dizer meus alunos, porque muitos foram meus alunos, e eles encontram outros especialistas. Portanto, temos o prazer de informar que teremos conosco outras 4 palestrantes que têm coragem de enfrentar todo uma onda de...

- Ruído no ambiente virtual.

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Tem aí uma interferência no som. (Pausa) Obrigada. Dizia, então, que são pessoas que têm coragem de falar sobre questões médicas. Percebem? São questões médicas. Sendo assim, quem me acusar de ter feito convite só para um lado, nem precisa acusar, é verdade. (Risos)

Fiz esses convites porque entendo, firmemente, que precisamos dar espaço para quem pensa diferente, seja da grande imprensa ou de quem tem força hoje no País.

O CFM foi extremamente corajoso ao baixar uma resolução proibindo a hormonização de crianças e adolescentes para fim de transição sexual. Por que destaque “para

fim de"? Porque pode ser que haja uma questão de saúde e, nesse caso, justificável. Estamos falando, nessa audiência, de crianças e adolescentes saudáveis e o hormônio não é uma substância neutra. Por isso, o CFM baixou, finalmente teve coragem e força para baixar, uma proibição que se aplica também a cirurgias de redesignação.

Algumas pessoas dizem: "É uma proibição inadequada, desnecessária, porque essas cirurgias não acontecem aqui". Mas os tratamentos hormonais acontecem, sim, há muitos anos. Eu mesma acompanho essa pauta há muitos anos. Aliás, muito antes de pensar em entrar na política, ainda como Professora de Direito, como Professora de Bioética, na Faculdade de Direito da USP, posso afirmar que são muitos anos que se faz terapias hormonais em crianças e adolescentes, e não sei qual expressão melhor, se diagnosticadas, apontadas ou consideradas transexuais, porque, hoje, temos medo até de utilizar uma expressão simples e, amanhã, sofrermos um processo judicial.

O que acontece hoje no Brasil? E vou dizer: não é só de hoje. Crianças às vésperas da puberdade recebem, muitas vezes aos 7 ou 8 ou mesmo 9 anos, bloqueadores hormonais para barrar as características do sexo de nascimento.

Quando ingressam na adolescência, aos 14 ou 15 anos, às vezes até antes, esses indivíduos começam a receber os hormônios transexualizadores ou hormônios cruzados que estimulam o desenvolvimento da característica do sexo oposto ao do nascimento. Isso acontece no Brasil. Por exemplo, em São Paulo, acontece há muitos anos no Hospital das Clínicas.

Na condição de Deputada, inclusive, estive lá, fui muito bem recebida, dialoguei com as crianças, conversei com os pais, inquirei os médicos. E saibam: não estou demonizando ninguém, mas entendo que precisamos falar a respeito.

Houve uma tentativa recente de liberar esses tais tratamentos para outros ambientes que não só apenas aqueles ambientes universitários ou consultórios autorizados. Porque, vejam, havia a possibilidade, até essa proibição de CFM, desses tais tratamentos acontecerem, com base no parecer de uma pessoa que foi referendado, mas somente em ambiente experimental. Recentemente é que tentaram abrir para todos os consultórios. Por isso, vem o

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 5

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 4 DE 78

CFM barrar, muito corretamente, esse movimento, pois que indicava um movimento que colocaria em risco a saúde das crianças e dos adolescentes. E é exatamente sobre isso que estamos falando.

Quando chega essa resolução do Conselho Federal de Medicina, o PSOL começa, ladeado por outros grupos que são do próprio PSOL, ou, pelo menos, intimamente ligados ao PSOL, a acionar, na mesma dinâmica que faz com a questão do aborto - que não é objeto da nossa discussão nesse momento -, o Supremo Tribunal Federal e também a Justiça Federal do Acre.

No Acre, vejam só, um magistrado deu uma liminar suspendendo a resolução. E, por força da atuação do CFM, mais recentemente, o STF derrubou essa liminar. Então, neste momento, está vigente a resolução do CFM que proíbe esses tratamentos de hormonização. Repetirei: neste momento, a resolução está vigente. Porém, essa resolução corre riscos. Daí a necessidade desse debate.

Inseri o convite no grupo de Vereadores e Vereadoras. Sei que tenho colegas Parlamentares com pensamentos absolutamente divergente, mas, ainda assim, se esses Colegas chegarem, obviamente, terão voz. Qualquer pessoa que esteja presente, favorável ao meu pensamento, contrária ao meu pensamento, terá voz. O que peço a todos é que procuremos realizar a discussão, sem desmerecer os outros argumentos. Todos os argumentos são dignos numa democracia, mas essa é uma discussão técnica.

Com isso, evitamos confronto, evitamos agressividade e trazemos, vamos dizer assim, mais visibilidade para argumentos que não sei se chegam às famílias dessas crianças.

Eu pergunto se há algum colega conectado, além do Vereador Sansão, que está presente. Não? Então, com a presença dos Vereadores Janaina Paschoal e Sansão Pereira, sob a proteção de Deus, declaro abertos os trabalhos da 10ª audiência pública deste ano, que a Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa realiza hoje, 22 de outubro de 2025.

Esta audiência pública foi convocada para discutir o uso de hormônios sexuais no tratamento de incongruência ou disforia de gênero em crianças e adolescentes, conforme

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 6

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 5 DE 78

Requerimento CCJ 07/2025, de autoria da Vereadora Janaina Paschoal, aprovado em 11 de junho de 2025.

Informo que esta audiência pública está sendo transmitida no *site* e no canal do YouTube da Câmara Municipal de São Paulo e que a realização desta audiência pública vem sendo publicada no *Diário Oficial da Cidade* desde 13 de outubro. As inscrições para a participação do público foram abertas no *site* da Câmara Municipal de São Paulo em 13 de outubro, devendo os inscritos pelo *site* participar pela plataforma *on-line*, conforme *link* enviado por *e-mail*.

O público presente que desejar se manifestar deve se inscrever com a Secretaria da Comissão. Só para esclarecer, os participantes terão três minutos e os nossos palestrantes convidados terão 20 minutos.

Um pouquinho antes de nós iniciarmos, eu recebi a informação de que o Conselho Regional de Medicina se fará representado, também será muito bem-vindo. E, se vier o presidente do Conselho, terá também 20 minutos.

Estão presentes os Srs.: Dra. Akemi Scarlet Shiba; Dra. Giulietta Aparecida Cucchiari; Dra. Micaela Frasson Montero; Dra. Nicole Tati von Schaaffhausen; Dr. Bruno Leandro de Souza; Raphael Câmara Medeiros Parente. Eu peço a todos que tomem seus lugares à Mesa e na hora de passar a palavra eu leio os currículos aqui. Na verdade, o resumo dos currículos, porque todos têm currículos muito extensos.

Reiterando, eu sei que muitos colegas acompanham todos os atos que ocorrem na Casa a partir de seus gabinetes, que independentemente de serem parte da CCJ, todos os colegas Vereadores terão direito à fala. Antes de passar a palavra para os nossos palestrantes, eu passo para o nosso querido Vereador Sansão Pereira para suas considerações iniciais.

O SR. SANSÃO PEREIRA – Muito obrigado. Muito bom dia, Sra. Presidente desta audiência pública, Dra. Janaina Paschoal. Quero também cumprimentar o Dr. Raphael Parente, seja bem-vindo; o Dr. Bruno Leandro de Souza, que são médicos especialistas; também os Conselheiros do Conselho Federal de Medicina; a Dra. Nicole, que é neurologista, não é isso?

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 7

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 6 DE 78

Dra. Micaela Frasson Montero, que é endocrinologista; Dra. Giulietta Cucchiaro, psiquiatra; Dra. Akemi Scarlet, psiquiatra; e todos aqueles que nos acompanham de maneira presencial e virtual.

Estamos aqui para tratar de um tema sensível e profundamente ético: o uso de hormônios e bloqueadores de puberdade em crianças e adolescentes diagnosticados com disforia de gênero. Esse debate não é sobre preconceito, é sobre proteção, prudência e responsabilidade. Estamos falando de vidas em desenvolvimento, de crianças que precisam de cuidado, e não de experimentação médica.

Bom, temos aqui a base legal, uma vez que estamos na Comissão de Constituição e Justiça, esta audiência pública da CCJ. Então, a Constituição Federal, no seu artigo 227, é claríssima: “É dever da família, da sociedade, do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde e à dignidade”. O Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu artigo 7º e 15º, reforça esse dever garantindo a integridade física, psíquica e moral dos menores. A Lei Orgânica do Município de São Paulo, no seu artigo 7º, no Parágrafo Único, determina que crianças e adolescentes são prioridade absoluta do município; e a Constituição Federal, no artigo 227, reafirma que é dever do Estado e dos municípios assegurar à criança e ao adolescente, com prioridade, o direito à vida e à saúde. Portanto, proteger as crianças de intervenções irreversíveis não é uma escolha política, é um dever constitucional.

Bom, eu tenho aqui diversas questões para falar. Como é uma audiência pública, vamos ouvir. Porém, eu queria aproveitar e contar uma breve historinha, que é uma realidade. Eu quero relatar um caso que marcou profundamente a história da Medicina e que serve de alerta para o debate que estamos tendo aqui sobre o uso de hormônios, intervenções em crianças com disforia de gênero.

É o caso real de David Reimer, também conhecido como o caso João/Joana, estudado e divulgado pela BBC e pela Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos.

David nasceu em 1965 no Canadá, junto a um irmão gêmeo idêntico. Com apenas oito meses de vida, sofreu um acidente durante uma cirurgia de circuncisão. O procedimento destruiu completamente seu órgão genital. Desesperados, seus pais procuravam ajuda médica

e foram orientados pelo psicólogo John Money, um dos principais defensores da chamada teoria de gênero, que dizia que o sexo biológico poderia ser substituído pela criação social de uma criança e que poderia ser criado como menino ou como menina, independentemente do seu corpo biológico.

Seguindo essa teoria, o médico convenceu os pais de David a criá-lo como uma menina. O menino passou por uma cirurgia para retirada dos testículos e foi tratado com hormônios femininos. Durante a infância e a adolescência, recebeu o nome de Brenda e foi apresentado ao mundo como uma menina. O Dr. Money usou esse caso como exemplo público de sucesso, dizia que provava que a identidade de gênero era uma construção social e que o sexo biológico podia ser ignorado. Mas a realidade foi bem diferente.

Desde muito cedo, Brenda rejeitava roupas, brinquedos e comportamentos femininos, sofria com depressão, com angústia e confusão sobre quem realmente era. Aos 14 anos, após anos de sofrimento, David soube a verdade sobre o que havia acontecido. Imediatamente, decidiu viver como homem novamente, retomou o seu nome de nascimento, iniciou um processo de reversão hormonal e social.

Infelizmente, o trauma e os efeitos psicológicos dessa intervenção precoce foram devastadores. David lutou com a depressão por muitos anos e, aos 38 anos, em 2024, tirou a própria vida. Esse caso ficou mundialmente conhecido e serviu como um divisor de águas.

Na discussão sobre o gênero, ele provou que a tentativa de negar a biologia e substituir o sexo por uma construção social pode causar danos irreversíveis. A ciência que deveria curar, nesse caso, feriu e destruiu uma vida.

O que aprendemos com essa história? Aprendemos que o corpo humano não é neutro. Biologicamente, somos homens ou mulheres, e isso pode ser apagado por uma teoria. A infância não é lugar de experimentação ideológica. Bloquear hormônios ou alterar corpos de crianças é uma decisão irreversível, tomada quando ainda não há maturidade emocional nem cognitiva.

Quando a ciência se afasta da prudência, o resultado é a tragédia. O caso David

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 9

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 8 DE 78

Reimer é um alerta ao mundo inteiro. Ele nos ensina que agir com cautela não é preconceito, é amor e responsabilidade, é ciência de verdade.

Como Parlamentares, o nosso dever é proteger as crianças e adolescentes, garantindo que nenhuma ideologia ou teoria sem base científica as conduza a decisões que possam prometer suas vidas para sempre.

Como diz a Constituição federal – repito - no seu artigo 227: “é dever da família, da sociedade, do Estado, assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade ao direito da vida, à saúde e à dignidade. E é exatamente isso que estamos defendendo aqui.

O caso de David Reimer não é apenas uma história triste, é uma advertência, uma realidade. Que o erro de um médico transformado em ideologia não se repita em nossos filhos. Proteger a infância é proteger o futuro.

Sra. Presidente, é um caso real que eu tenho conhecimento e estou tendo a oportunidade de trazer aqui, até para a reflexão, e tem a ver com o tema que vamos tratar.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Imagina. Nós que agradecemos, Vereador Sansão Pereira.

Então, vamos dar início, deixando claro o critério. Nós colocamos as primeiras manifestações para o Dr. Raphael; na sequência, o Dr. Bruno, não por serem homens, mas por serem autores da Resolução. E, obviamente, se houver críticas, as colegas que falarem na sequência, se quiserem complementar. Foi só por isso, porque senão amanhã alguém pode achar que tem há algum sexismo ou misoginia na minha escolha.

Tem a palavra o Dr. Raphael Câmara Parente, Doutor em Ginecologia pela Unifesp, Mestre em Epidemiologia pela UERJ, tem MBA em Gestão e Saúde pela FGV, é médico ginecologista do Departamento de Ginecologia da UFRJ, foi Secretário Nacional de Atenção Primária do Ministério da Saúde (2022-2022); foi Ministro de Estado em substituição, em 2022. Atualmente, dentre outras atividades, é Conselheiro Federal de Medicina pelo estado do Rio de Janeiro, reeleito para a gestão 2024-2029, um dos autores da Resolução do CFM em debate.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 9 DE 78

Anuncio a presença do nobre Vereador Silvão Leite. V. Exa. quer fazer uso da palavra? Muito obrigado. Então, vamos colocar a apresentação do Dr. Raphael, por favor.

O SR. DR. RAPHAEL CÂMARA PARENTE – Enquanto isso, eu quero iniciar cumprimentando a Vereadora Janaina, amiga de longa data, sempre presente nas causas importantes; cumprimentar todos os Vereadores presentes, Vereador Sansão, os Vereadores que estão *on-line*, toda a plateia presencial e *on-line*.

Eu trouxe uma apresentação, mas antes é importante eu fazer alguma digressão. Primeiro, que a nossa apresentação vai ser extremamente técnica. Nós vamos mostrar a Resolução, essa que está vigente, que tentaram derrubar e não conseguiram, no Supremo Tribunal Federal, absolutamente vigente. E segundo, antes de eu começar a falar sobre a própria Resolução, eu quero deixar claro, Vereadora, algumas sinonímias, porque as pessoas ficam utilizando vírgulas para tentar nos intimidar e ficar atentando com ação judicial. Isso não nos intimida.

O Conselho Federal de Medicina não se intimida. Nós estamos aqui representando o conselho Federal, aprovado por unanimidade pelos 28 Conselheiros Federais, cada um representando uma unidade da Federação e a AMB, após uma discussão extremamente técnica.

Então, quando eu falar hormônio, o bloqueador hormonal é um hormônio, é um análogo de LHRH, e é muito difícil conversar com leigo sobre questões muito técnicas. Estou falando disso, que está na *Folha de S. Paulo* de hoje e, por sinal, a repórter Mônica Bergamo faz a matéria sem me ouvir, algo absurdo, que uma coisa lá da Justiça do Acre, questionando o CFM e a mim por supostamente eu ter dito que crianças teriam feito cirurgias. Eu nunca falei isso. E, usando o termo “hormônios” dizendo que eu falei que crianças usaram hormônios, crianças usam hormônios, sim. Bloqueador hormonal é hormônio, é um análogo de LHRH, que é um hormônio sintético; é diferente de hormônio terapia cruzada que estamos nos referindo: a testosterona e estrogênio. Isso é uma discussão técnica, então é importante aqui eu fazer essa sinonímia. Eu estou falando até por minha proteção. Vereadora, a senhora que é advogada criminalista.

Dito isso, agora eu vou passar para apresentação.

- O orador passa a se referir a imagens exibidas na tela de projeção.

O SR. DR. RAPHAEL CÂMARA PARENTE – A Resolução é a 2.427/2025. Então, rapidamente aqui é a definição de incongruência sexual: é a dissonância entre a identidade de gênero de indivíduos e seu corpo biológico. Esse fenômeno pode levar sentimentos de desconforto e arrependimento, especialmente em casos de transitar o gênero. Eu vou fazer algo superficial no começo, para depois a gente entrar a fundo no embasamento técnico da Resolução.

A mudança abrange procedimentos médicos e sociais significativos que visam alinhar a identidade de gênero com aparência física. Compreender esse processo é fundamental para abordar arrependimentos potencialmente surgidos. Essa parte inicial aqui é mais uma apresentação da Resolução, que nós fizemos na coletiva de imprensa quando a lançamos.

Aqui nós começamos a entrar em alguns detalhes, que depois eu vou aprofundar nos estudos. Primeiro, fazer um pequeno contexto. Existia a Resolução de 2019, Vereadora e todos presentes. Qual é a diferença? Isso é fundamental. Ela autorizava hormonioterapia cruzada, ou seja, androgênese estrógeno a partir de 16 anos; ela autorizava bloqueio hormonal sob condições de pesquisa; ela autorizava cirurgias de redesignação a partir de 18 anos.

Muitos estudos surgiram entre 2019 e 2025, tanto que surgiram que diversos países mudaram a sua conduta. E não estamos falando de qualquer país, estamos falando da Inglaterra, do NHS britânico, que é um modelo muito parecido com o SUS, um país progressista; Dinamarca, Suécia, Noruega, Finlândia, países tradicionalmente progressistas; e recentemente Estados Unidos, o país que disparadamente tem o maior número de prêmios Nobel da história - acabou de ter 9 dentre 13.

Então, estamos falando de países que publicam milhares e milhares de pesquisas todo ano. Diferentemente do Brasil, que em 2019 o bloqueio hormonal e outros procedimentos só eram autorizados sob pesquisa e, de 2019 a 2025 – pasmem - nenhuma pesquisa foi publicada. E depois nós fomos criticados por não termos usado de casuística nacional. Como vamos usar de casuística nacional se nada foi feito?

Recentemente, nós recebemos uma matéria de um jornal que está sendo feita, ainda não saiu, de uma pesquisa que supostamente está sendo feita – eu falo supostamente, porque mandaram repositório de artigos, não é uma revista avaliada por pares – que basicamente é uma pesquisa qualitativa com entrevistas para crianças e adolescentes. Uma das respostas é uma criança respondendo: “A Resolução do CFM é ridícula”.

Ou seja, estamos falando desse nível de pesquisa, enquanto nós queremos saber de casuística sérias de arrependimento de transição, porque esses países mudaram a conduta basicamente baseados em grandes números de arrependimento de transição, que eu vou entrar no detalhe daqui a pouco, baseado em vários estudos, que pode se dar por vários motivos: pressões sociais e familiares, mudança no autoconhecimento, expectativas não atendidas e impacto na transição em relacionamentos.

Então, temos diversas testemunhas de arrependimento, está na mídia se colocarem, e isso começou a surgir de forma muito clara. Inclusive, eu fiz questão de colocar aqui alguns exemplos para mostrar que a própria mídia progressista do Brasil que a Vereadora falou começou a pautar esses casos. Vemos isso no *Globo*, na *Folha de S. Paulo*, no *Estadão*, no UOL. Aqui, especificamente, no G1, que é do grupo Globo: “Arrependimento após mudança de sexo: ‘Como volto a ser a Debbie que eu era?’” Não volta. A partir de certo momento, as mudanças no seu corpo, tanto por cirurgia como por hormônios, são tão grandes que, mesmo que você se arrependa, é absolutamente impossível voltar ao que era. Existe um ponto de não retorno. Quando esse ponto é “feito”, não tem mais como voltar.

Esse é todo um contexto para, depois, eu entrar na parte científica.

Essas mesmas notícias. E assim foram várias. É o que eu estou falando: *O Globo*, *CI Digital*, *Veja*, *Gazeta do Povo*, mais conservadora. E mostrando que isso é absolutamente presente em tudo.

Sobre aquele estudo, o do *Lancet*, que fala em 98%, eu vou falar daqui a pouco.

Agora, alguns detalhes explicando os pontos da resolução, os objetivos.

O Conselho Federal de Medicina é quem norteia a medicina no Brasil. E nós não

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 12 DE 78

fazemos isso porque nós nos autodeclarámos. Nós fazemos isso, Vereador, baseados na lei, a de 1957, que nos autoriza a fazer o que nós fazemos. Nós somos eleitos pelos médicos.

Quando dizem: “Ah, não nos representam”. Eu sou eleito por 80 mil médicos. O Bruno está aqui, eleito por não sei quantos médicos da Paraíba. Treze mil, se eu não me engano. E por aí vai. Nós não fomos ungidos para o cargo, nós passamos por uma eleição. Eu, inclusive, fui reeleito. Então são os médicos que nos colocam. E o que fazemos é baseado na lei de 1957 – porque questionaram isso ao Supremo, e o Ministro Zanin não deu a cautelar, exatamente porque ele sabe que o CFM pode fazer o que fez.

O que uma resolução do CFM diz é lei para médico. Se o médico não cumprir, ele pode ser, inclusive, cassado. Ele não tem a opção de não cumprir. Não existe essa opção.

Algumas definições: Terapia Hormonal Cruzada.

Falamos em hormônios masculinos e femininos, andrógenos e estrógenos.

A administração de hormônios sexuais para induzir características secundárias condizentes com a identidade de gênero do paciente, a terapia hormonal cruzada, fica vedada antes dos 18 anos.

A partir dos 18 anos, você faz o que quiser. Abaixo de 18 anos, fica absolutamente proibida. E como eu já falei, a resolução anterior falava em 16 anos.

O paciente que optar por essa terapia deverá iniciar avaliação médica com acompanhamento psiquiátrico e endocrinológico e avaliação cardiovascular e metabólica.

Riscos? Diversos.

Quando falamos em hormônios, é engraçado.

Eu falo com a tranquilidade, porque eu fui o único conselheiro que votou contra proibir anabolizantes para fins estéticos, Vereador. Então eu falo com muita tranquilidade. Assim, para estética, hormônio é proibido, mas cirurgia plástica pode; para redesignação sexual, pode. Só que os riscos para a redesignação... as doses são muito mais altas. Eu não estou dizendo que a pessoa não possa fazer; pelo contrário, quando você é adulto, você faz o que você quiser. Agora, criança e adolescente é outra história.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 13 DE 78

O que não dá é a resolução de 2019... Eu falo com tranquilidade, porque, tão logo eu entrei no CFM, em 2019, eu já pautei e comecei a puxar votos para tentar revogá-la. Foi pautada e eu perdi. Não tem problema. Conseguimos fazer isso em 2025. Mas os problemas são os mesmos problemas de quem toma “bomba”, que é o termo técnico, para crescimento ou para estética: aumento de doenças cardiovasculares, hepáticas, câncer de fígado, diversos cânceres, fertilidade reduzida, inclusive esterilidade, calvície, acne, no caso da testosterona. E, no caso do estrogênio, eu falo como ginecologista, você pode ter um maior risco de câncer de mama, problemas tromboembólicos, infarto, trombose, tudo que você imaginar.

Vou reiterar: não estamos falando de uma dose normal, que as mulheres normalmente usam, uma pílula de baixa dose, estamos falando de doses muito mais altas, doses que aumentam, em muito, o pelo, que transforma as características, exatamente, características de homem, dentre vários outros. Isso é importante falar, porque as pessoas não falam, fica parecendo que algo inócuo, sem riscos. E agora o médico é obrigado a falar sobre isso tudo.

Também é importante esclarecer quanto aos procedimentos cirúrgicos.

Continua 18 anos. Mas existe uma lei no Brasil que proíbe... E eu falo com tranquilidade porque essa lei foi editada pelo Governo Bolsonaro enquanto eu era Secretário; e é foi a minha Secretaria que fez o embasamento técnico desta lei.

Se você me perguntar qual é a minha posição, eu fui contra esta lei. Mas se vem uma ordem do Presidente, nós temos que dar o embasamento técnico. E eu ser contra não é embasamento técnico. E qual foi o embasamento técnico: a questão de a pessoa ter autonomia sobre o seu corpo. E aí passou para 21 anos.

E aí eu pergunto, e falo como ginecologista novamente: laqueadura e vasectomia são cirurgias reversíveis. Você reverte tranquilamente uma laqueadura. Agora, quando tiramos o pênis, quando tiramos o ovário, quando tiramos o útero, é completamente irreversível, não há tecnologia alguma na medicina que volte. Como é que se pode proibir? Cirurgia de planejamento familiar só pode a partir de 21 anos, e retirada de pênis, útero e ovário a partir de 18 anos? Isso não tem sentido legal, inclusive. Então nós simplesmente adequamos a resolução à legislação

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 14 DE 78

vigente do Brasil. E as que não têm efeito esterilizador continuam com 18 anos.

E é importante, vou reiterar: bloqueador hormonal é hormônio. E se eu falo que criança usa hormônio, não tem nenhum erro, é fato, é científico.

Outra coisa, vamos acabar com a confusão: existe bloqueador hormonal... Aí falam: “Ah, mas pode usar para puberdade precoce, mas não pode usar para transgênero”. Então eu vou explicar.

Qualquer remédio que se faça, e eu falo como médico, você avalia custo-benefício. Ninguém nunca falou que, para puberdade precoce, bloqueador hormonal não tem problema. Quem é que falou isso? Os problemas são absolutamente os mesmos de você usar para bloquear a puberdade para transgêneros. O problema é que, no custo-benefício, na ciência, tem muito mais benefício em fazer para a puberdade precoce, porque pode causar diversos problemas no presente e no futuro, do que para transgêneros. Então os problemas, os efeitos colaterais, são os mesmos.

E que nós consideramos, hoje, puberdade precoce?

Nós estávamos falando do Bruno. Ele é pediatra. Ele faz endocrinologia pediátrica. Eu sou ginecologista. Aí falam que a resolução foi feita por pessoas não técnicas. Eu tenho mestrado, doutorado e sou ginecologista. Ele tem mestrado, está fazendo doutorado, é endocrinologista pediátrico. Nós não somos técnicos, somos loucos que resolvemos falar de medicina.

Dito isso, estávamos falando de hormônio.

A partir de oito anos, em garotas, e nove anos, em homens, já se considera puberdade normal. E se você bloqueia uma mulher de oito ou um homem de nove, nós estamos falando de criança, porque criança é até 12 anos, pela legislação. E qual o erro que tem para me acionarem na justiça e dizerem que eu falei que uso hormônios em crianças? Sim, se usa hormônios em crianças de oito, nove anos, menos de 12 anos, bloqueador hormonal, é criança, é análogo à GnRH. E aí tem que saber se anatomia, tem que saber de fisiologia: hipotálamo, hipófise. Será que leigos entendem disso? Não, não entendem, mas querem discutir com

médicos mestres, doutores, sobre fisiologia complexa, e entrando na justiça. E pior: muitas vezes, com a justiça dando razão.

Então o uso de bloqueador hormonal para a supressão da puberdade em crianças e adolescentes é motivo de discussões no mundo inteiro e questionamentos cada vez mais frequentes. O Reino Unido aboliu o uso em abril do ano passado, podendo somente em centro de pesquisa – que, na prática, hoje em dia, não está acontecendo. Porque isso é outra coisa que jogam: “A, mas lá no Reino Unido está permitido em centro de pesquisa”. Mas, na prática, não está havendo.

A maioria dos riscos físicos associados aos bloqueadores é devido ao seu efeito de suprimir a produção de hormônios.

A exposição aos hormônios sexuais é importante para a resistência óssea, crescimento adequado e para o desenvolvimento de órgãos sexuais. E isso são efeitos colaterais que acontecem: densidade óssea reduzida; altura, por vezes, menor do que deveria ser; e fertilidade reduzida. Os estudos mostram isso. E há dúvida se isso vale a pena ou não. Ninguém está inventando nada, são centenas de estudos mostrando isso.

E tem que se falar o óbvio: essa vedação não se aplica a situações clínicas reconhecidas pela literatura – como, por exemplo, puberdade precoce, que eu já acabei de explicar, e eu não vou falar mais sobre o tema.

Esses são alguns artigos da resolução. E isso pode passar porque é mais definição do que seria disforia de gênero, incongruência de gênero.

Até disseram, quando eu usei o termo “disforia de gênero”, que eu estava errado do ponto de vista médico.

Não, este termo está valendo até o DCM 2027. Então quem usar esse termo até 2027 não está incorrendo em nenhum erro.

Isso é importante, Vereadora: por que está acontecendo essa problemática toda? E agora eu vou falar também como epidemiologista.

Antes, havia uma prevalência de transgêneros, até poucas décadas atrás, muito

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 16 DE 78

menor do que se tem hoje. E o diagnóstico era feito de uma forma muito mais específica.

E como é feito o diagnóstico? Existem esses dez critérios. Se, desses dez critérios, você preencher seis, você já tem o diagnóstico. Isso é criança.

Reparem na subjetividade desses critérios: forte desejo de ser ou insistência em ser do sexo oposto; forte preferência por utilizar roupas típicas do sexo oposto, e, nas meninas, não querer usar as roupas tipicamente femininas; forte preferência por papéis de gênero cruzado em brincadeiras de fantasia; forte preferência por brinquedos, jogos e atividades estereotípicas de outro gênero; forte preferência por companheiros de sexo oposto; forte rejeição a brinquedos, jogos e atividades típicas do gênero; forte aversão à anatomia sexual. E por aí vai. Tem mais dois.

A palavra *forte*, por si só, já é subjetiva. O que é forte?

Não é à toa que o número de diagnóstico vem crescendo absurdamente.

O que os estudos mostram? Que antes muitas dessas crianças, com o passar do tempo, se transformavam em homossexuais. E, com esse aumento de diagnóstico, você não tem... porque, quando se bloqueia, se impede; aqueles hormônios que viriam a influir no desejo ficam latentes, então não tem como dar esse diagnóstico. Esse é o grande problema do bloqueio hormonal. E a prevalência aumentou de forma absurda: 10, 20, 30 vezes, de acordo com alguns estudos.

Essas são repercussões na imprensa sobre essa questão toda: do Ministro Flávio Dino, revertendo.

Pode passar, porque já falamos sobre isso.

Agora vamos entrar em estudos específicos, que eu acho bastante importante.

Recentemente, a *Nature*, junto com a *Lancet*, a revista científica mais importante do mundo, publicou um artigo nosso: eu, o Bruno, o Francisco, aqui de São Paulo, e o Presidente Hiran Gallo, sobre a nossa defesa da resolução. E a *Nature* não vai publicar qualquer maluco falando. Se ela publicou é porque o nosso artigo está embasado.

Isso foi uma resposta a médicos de São Paulo, e a *Nature* nos deu um espaço de

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 17 DE 78

resposta no mesmo tamanho.

Um dos pontos mais importantes para toda essa mudança global sobre a atitude em relação a medicações e cirurgias foi o Relatório Cass.

É importante que todos que são afetos ao tema leiam. São mais de 400 páginas. E esta pesquisadora principal, junto com uma grande equipe, analisou centenas de estudos para chegar a algumas conclusões importantes: que o Reino Unido proibiu o uso de bloqueador hormonal, salvo em centros de pesquisa; que revisões sistemáticas demonstraram baixa qualidade dos estudos.

O tempo inteiro, em qualquer estudo relacionado a essa temática, a grandíssima maioria tem baixíssima qualidade de estudo, baixíssimo nível de evidência, ou seja, não há uma base de evidência confiável para tomar a decisão.

Senhores, estamos falando de crianças e adolescentes, que são vulneráveis. Na dúvida, não se faz; não é, na dúvida, se faz. Esse que é o grande problema que precisa ficar claro aqui nesta audiência pública. Se nós não temos certeza, não deve ser feito. É diferente quando tratamos de pessoas não vulneráveis.

Os pontos fortes e fracos da base de evidência sobre o cuidado de crianças e jovens são frequentemente deturpados e exagerados em publicações científicas e no debate social e na mídia.

O uso de hormônios em menores de 18 anos apresenta muitas incógnitas. E, como sempre, a falta de dados de acompanhamento de longo prazo sobre aqueles que iniciam o tratamento em idade mais precoce significa que temos informações inadequadas para esse grupo. Os médicos não conseguem determinar, com certeza, quais crianças e jovens desenvolverão identidade trans duradoura.

É o que eu acabei de falar: por esses diagnósticos frouxos, não se pode saber isso.

É necessário que haja provisão para pessoas que consideram a “destransição”, reconhecendo que elas podem não querer se reconectar aos serviços sob os quais estavam anteriormente aos cuidados.

A falta de seguimento é um problema grande. Acaba havendo um viés de afirmação. Os resultados são baseados em quem fica no acompanhamento. As pessoas, por qualquer motivo – inclusive, suicidam-se –, saem do acompanhamento; e a busca, ou seja, o *follow-up*, que é o termo técnico que usamos para isso, é muito frouxo. Então, em qualquer estudo sobre transgênero, geralmente, há uma perda muito grande de seguimento.

Guideline americano, maio de 2025.

E quando eu falo do americano, dizem: “Ah, não, não serve porque é do Trump”. Mas vamos lembrar que não é o Trump que faz isso, que ele não é médico, quem faz isso é uma equipe do CDC, extremamente técnica e preparada.

Bloqueadores hormonais: nenhum estudo examinou trajetórias físicas ou psicossociais de pequena minoria daqueles que se submetem a bloqueadores, mas não prosseguem para hormônio. Há poucos dados.

Em resumo, é isso: ausência de evidência, poucos dados, não sabemos nada de suicídio, fratura, fertilidade, crescimento. Uma incerteza substancial sobre os efeitos dos bloqueados. E, quanto à hormonoterapia cruzada, a evidência é muito baixa em relação à saúde mental, fertilidade, massa óssea. Como sempre, sem estudos para eventos cardiovasculares.

Todo mundo sabe. Quando se fala: “Ah, não use bomba”. O que a pessoa diz? “Vai morrer de infarto”. “Vai ter trombose”. “Vai ter câncer de fígado”. Mas disso aqui, não, ninguém fala. É a mesma coisa. O hormônio é o mesmo. É o Deposteron, é o Durateston, É o Deca Durabolin. É a mesma coisa. Compra-se do mesmo jeito, com a mesma receita.

As evidências sobre infertilidade são escassas, com poucos dados.

Sobre cirurgia: alto nível de evidência de que a mastectomia esteja associada a complicações cirúrgicas, como necrose, cicatrização deficiente. Como sempre, a certeza da evidência é muito baixa. E a conclusão: a visão geral sintetiza as melhores evidências clínicas disponíveis a partir de dados populacionais, destacando um padrão consistente entre as intervenções para crianças e adolescentes.

Agora eu vou falar de quatro estudos, de forma rápida, para finalizar.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 19 DE 78

“Arrependimento é raro?” Este é um estudo que eu vou mostrar. É o próximo.

Essa é uma pergunta, e aí vou tentar dar a resposta.

Esse foi um estudo muito falado, publicado no *JAMA*, que fala sobre satisfação após mastectomia. E eu vou direto para a conclusão: nesse estudo, também de um baixo nível de evidência, os resultados indicam baixos níveis de arrependimento. Mas tem um pequeno problema, que é isso que eu quero mostrar para vocês: esse estudo que diz que o arrependimento é pequeno foi feito num total de 235 pacientes que eram desse segmento, dessa cirurgia de mastectomia. Só que aí é que vem o grande detalhe, Vereadora: desses 235, quando foram contatar, eles só conseguiram contatar 139. Estamos falando de metade. E com a outra metade não se sabe o que aconteceu. Sumiu? Morreu? Está com tanto ódio do pesquisador que não quer olhar para a cara dele? Nós não temos detalhe algum.

Então, a meu ver, e falo como pesquisador, como cientista, como epidemiologista, isso, por si só, para mim, já inutiliza o estudo, porque, em qualquer estudo de qualidade, pode-se ter uma perda de, no máximo, 10%. Uma perda de 50%, para mim...

Por que o *JAMA* publicou? O *JAMA* é uma das melhores revistas do mundo. Publicou porque, nessa temática, o estudo é ótimo, porque não temos estudos bons, e qualquer coisa que passe a ser bom já está valendo. Ok. É do jogo.

Eu não vou entrar no detalhe, mas por que esse grande viés?

Acompanhamento inadequado, como eu já falei, em que muitos acabam abandonando; altas taxas de perda de acompanhamento; e imprecisão na mensuração da “destransição” e do arrependimento.

Se olharmos os estudos que falam de “destransição” e arrependimento, cada um traz uma definição. Qualquer pesquisador bom sabe que, quando se tem o mesmo desfecho com diversas sinônimas ou com diversas interpretações, não vai sair coisa boa dali. Existe uma máxima na epidemiologia: dado ruim, resultado ruim. Se, para o dado, não sabemos nem o que é arrependimento de transição, o resultado, com certeza, vai ser ruim.

Acho que só faltam dois estudos. Mas são estudos importantes de se mostrar.

Esse foi um estudo da Reuters, de um jornalista investigativo. Vale a pena todos lerem. É um artigo grande: *“Por que os destransicionados são cruciais para a ciência do cuidado de gênero”*.

O que acontece: os destransicionados são, praticamente, vistos como párias. Os pesquisadores, muitas vezes, não querem conversar, não querem tê-los. Eles não conseguem falar. A imprensa não dá voz a eles. E, hoje, essas pessoas vêm surgindo, falando.

Bom, esse é um artigo também Internacional de 2023, *Arrependimento da Transição e de Destransição*.

Primeiro, essa é uma digressão, e, depois, “dados históricos sugerem que o arrependimento após a transição de gênero na idade adulta é raro”. Essa é uma concessão que se tinha.

“No entanto, estudos que relatam baixas taxas de arrependimento são, geralmente, de uma época em que a terapia hormonal e a cirurgia eram realizadas apenas sob protocolo rigoroso”. Hoje, não é mais. Os critérios estão muito mais fluidos e menos rígidos para se fazer.

Tudo aqui tem a referência. “Dados recentes capturando aumento da variante predominante de teoria de gênero de início da adolescência sugerem que a extradição e o arrependimento podem ser mais frequentes do que o relatado anteriormente. Uma revisão retrospectiva de notas de casos de 175 pacientes que fizeram a transição médica clínica de gênero para adultos no Reino Unido relatou que cerca de 7% fizeram as transições em apenas 16 meses após o início da transição. Outros 3,5% não atendiam estritamente aos critérios de transição, mas tinham um padrão de cuidado sugestivo de; outros 22 se desligaram”, foram embora do cuidado “e receberam alta da clínica sem concluir o tratamento planejado”.

Um segundo estudo mostrou que 12% daqueles que iniciaram os tratamentos hormonais destransicionaram ou documentaram arrependimento após a média de 5 anos. Além disso, 7,3% interromperam a terapia hormonal.

Uma análise de mais de mil jovens encaminhados relatou que 5,3% interromperam o tratamento de bloqueador à puberdade.

Eu estou citando alguns estudos mostrando porque, quando a gente fala que é grande, chamam a gente mentiroso. Vêm com aqueles estudos... em São Paulo, dizem que é zero. Eles repetem que é zero. Nunca houve um caso de arrependimento de transição, e ficam mostrando um estudo internacional de 1 ou 2%. É aquilo que eu falei. Só que tem diversos estudos que mostram muito mais, inclusive, de 20 a 30%. Quando eu falo isso, eu sou chamado de mentiroso.

Eu não vou passar de meia hora, não, porque com esse gap, agora, já estou=, realmente, no final.

Rapidamente, há uma meta análise, que é um estudo com maior nível de evidência sobre doenças cardiovasculares e população trans, publicado no ano de 2024, ano passado.

Vou direto para a conclusão: cerca de 40% maior risco de doenças cardiovascular à população trans, 40% é o risco relativo, absurdamente alto, comparado com pessoas cisgênero do mesmo sexo de nascimento.

Isso enfatiza a importância do manejo do risco cardiovascular e, mais do que isso, da orientação, porque não se orienta. “Não, é tranquilo, é ótimo, beleza”.

Em trinta minutos, eu acabo.

Vão ser pílulas só para falar do tema que, certamente o Bruno e os outros vão tocar também no assunto.

Mortalidade da população trans, novamente, estamos falando de um estudo de 2023. Esse estudo é observacional, mostra um risco de mortalidade aumentado na população utilizando hormônios. Então, a gente está falando, novamente, que se você for olhar, resultado por resultado, você tem um risco maior de doença cardiovascular, câncer de pulmão, HIV, suicídio.

Então, para cada uma dessas, tem-se um risco relativo muito aumentado em relação à população normal. A gente está falando da *Lancet*, que junto com a *Nature*, a revista mais importante do mundo.

Quando a gente fala que traz risco, tem. Mas pode usar? Ok. Vamos discutir. Agora,

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 22 DE 78

não pode chamar de louco quem diz que tem riscos, quem diz que a população tem que ser apresentada e quem diz que tem que tomar cuidado com crianças e adolescentes.

Desenvolvimento ósseo após uso de bloqueadores, novamente, um estudo de 2020, que a conclusão é que o *score Z*, que é o que avalia a massa óssea, diminui durante o uso dos análogos, que são hormônios, que são os bloqueadores hormonais e aumenta quando se faz a terapia hormonal de afirmação de gênero, porque aí, obviamente, a testosterona aumenta. Ou seja, a gente já sabe.

Então, quando nós falamos que o uso de bloqueador hormonal diminui a altura. diminui a massa óssea, muitas vezes, isso durante um longo tempo, é baseado, não é em um ou nesse estudo. Estou trazendo um para representar o todo, porque, se não, eu ficaria aqui o dia inteiro. Nós estamos falando em centenas de estudos que mostram isso.

Na verdade, quem tem que provar que não acontece isso é quem fala o contrário; e não eu ser chamado de maluco porque eu falo o óbvio.

Essa é uma meta análise sobre o mesmo assunto. Os resultados também incluíram dez estudos sobre bloqueadores, e, mostrando, exatamente, a mesma coisa: têm considerável incerteza em relação aos efeitos dos bloqueadores da puberdade nos indivíduos que experienciam essa redesignação de gênero.

Então, como sempre, qual a conclusão de todos esses estudos: “estudos mais rigorosos e prospectivos são necessários”, ou seja, todo e qualquer estudo que a gente mostra sobre essa população, no final, até para ficar bem na fita, eles dizem que as evidências são fracas e que precisam mais estudo. Nisso, tem gente dizendo que tem que usar em crianças e adolescentes. A gente continua cheio de dúvida, mas tem que usar.

Para tudo tem a referência, depois, quem quiser pegue. São todas revistas de alto nível de evidência.

Cirurgia de redesignação e risco de suicídio de trans pós-traumático, do ano passado também. Conclusão: pacientes que fizeram esses tipos de cirurgias são associados com o risco alto significativo de suicídio. A gente está falando de suicídio. Por que a gente estava falando de

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 23 DE 78

suicídio? Porque, muitas vezes depois, a pessoa fica desesperada com o resultado que está vendo e sabe que aquilo ali nunca vai voltar. Além disso, eu falo como cirurgião, que lá na minha residência participei de algumas dessas cirurgias para treinamento. São cirurgias extremamente complexas, que a pessoa fica dias ou semanas no hospital, com taxas de complicação, de necrose, de infecção enormes, de reoperação. Os estudos todos mostram isso. Do jeito que falam, aparece com a cirurgia muito simples. Nenhuma dessas cirurgias é muito simples, são cirurgias extremamente complexas e que para cada um eu poderia dar uma aula aqui de 1 hora mostrando as complicações.

Eu acho que esse é o último *slide*. Se não for, eu vou parar para não continuar, porque eu acho que eu já falei bastante.

Então, novamente, a gente está falando de aumento de tratamentos para afirmação de gênero, é o que a gente já falou. Conforme o diagnóstico vai aumentando, fica mais, digamos, palatável na mídia e todo mundo mais, vai se fazendo cada vez mais, dando mais diagnóstico, então, você vai mostrando, inclusive, os estudos mostram que você em cortes mais antigas, tinha uma taxa muito menor de diagnósticos do que se tem hoje. Às vezes, aumentando de 10 a 20 vezes sem nenhuma explicação biológica. O que é que aconteceu em 10 ou 20 anos para justificar uma prevalência 10 a 20 vezes maior? Nada. Estou falando do ponto de vista biológico. Eu não vou nem falar coisas, porque, depois, é mais processo que vem.

Mas o que aconteceu? Nada. A única dúvida que se tem é que o diagnóstico está muito mais fluido, então, são estudos mostrando esse aumento.

Vereador, vou parar por aqui porque, se não, a gente não vai conseguir.

Obrigado. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Agradeço, imensamente, a brilhante aula do Dr. Rafael, e, imediatamente, passo a palavra ao Dr. Bruno Leandro de Souza, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina, também autor da Resolução CFM, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, Pediatra, Administrador em Saúde, Docente na seara da medicina, doutorando em Neurociências pela Universidade Federal da

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 24 DE 78

Paraíba, a palavra de V.Sa.

O SR. BRUNO LEANDRO DE SOUZA - Muito obrigado, Vereadora. Para mim é uma grande honra estar aqui. Já agradeço o convite para estar na Câmara municipal de São Paulo, na Comissão de Constituição e Justiça, eu que sou um paulistano da Mooca, palmeirense (Risos). Para mim, é sempre uma grande honra voltar a minha terra natal, fazendo referência à minha terra amada que é a minha querida Paraíba, a qual represento hoje, não só a ela, mas todo o país pelo Conselho Federal de Medicina, permita-me ficar nessa posição que eu acredito que fique mais fácil para passar aqui na dinâmica.

- O orador passa a se referir a imagens exibidas na tela de projeção.

O SR. BRUNO LEANDRO DE SOUZA - Eu lamento, talvez, a questão do tempo, porque está demorando um pouquinho para passar por conta da transmissão, mas eu vou tentar recuperar alguma coisa para facilitar e agilizar para o pessoal.

Queria que projetasse, por favor.

Então, esse é um tema bastante relevante. Queria chamar a atenção para alguns pontos antes de iniciar a apresentação que seria: essa é uma Resolução com dois Relatores.

Toda Resolução do Conselho Federal tem um Relator. Por que essa tem dois? Primeiro, porque não é uma Resolução que foi começada a discussão agora, ela começou em 2018. Em 2019, foi aprovada uma Resolução que precisou logo de revisão; passaram seis anos para se ter essa revisão. Ela foi tão cuidadosa e tão cautelosa que precisou de dois Relatores, debatendo, eu não diria nem diariamente, mas, em todos os turnos, nós discutíamos algum ponto em que poderia ser considerado ou não. Nós consideramos todas as possibilidades. Nenhuma das possibilidades foi deixada de ser

Foi um trabalho muito técnico, foi um trabalho bem científico, mas, também, foi um trabalho pensado para a realidade, porque, às vezes, a gente tem uma distância daquilo que é feito em laboratório, daquilo que precisa ser feito em casa, e a gente pensou no que é feito em casa. Algumas vezes, existiu crítica de que as associações não foram chamadas para discussão da Resolução em 2024-25.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 25 DE 78

Desde 2018 que as associações são escutadas. Elas foram em plenário do Conselho Federal de Medicina falar sobre os seus sentimentos, mas não é puramente sentimento que eu tenho que colocar na Resolução. Eu considero o sentimento, mas eu tenho que ter a técnica também. E isso foi levado em consideração. Eu gostaria de deixar isso enfatizado nesta audiência porque todos foram ouvidos, mas que nós precisamos, depois, chegar numa conclusão. Vou mostrar aqui como que a gente chegou nessa conclusão.

Como fui apresentado aqui, sou o Presidente do meu Conselho, Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, também Conselheiro Federal, dentro dessa perspectiva, vou pular essa parte curricular de *hard skills*, não tenho nenhum conflito de interesse, mas sou Relator dessa Resolução.

Aliás, importa lembrar que o Conselho Federal de Medicina é o órgão normatizador da Medicina no país. Isso é garantido por uma lei federal desde 1957. Está assinado por um Presidente que era médico Juscelino Kubitschek, e, a partir de então, nós temos essa prerrogativa de normatizar aquilo que deve ser feito ou não ser feito pelos médicos brasileiros.

Em 2019, nós tivemos a Resolução 2265 e, logo, em 2025, a Resolução 2427, que é a Resolução que a gente está discutindo aqui e os impactos do uso hormonal.

O que seria uma pessoa transgênero? É aquela que tem uma diferença entre a identidade de gênero e o sexo de nascimento. Só que, em algumas dessas pessoas, a discordância, é persistente, o que eu chamo de incongruência de gênero. Mas, quando eu tenho o sofrimento por conta disso, é que eu venho a chamar de disforia de gênero.

Por que isso é importante? Por esse último alerta. Eu vou colocar como ocultado para que vocês possam ler, porque eu acredito que não dá para tirar daqui, mas nem toda pessoa que tem é transgênero vai precisar de intervenção médica. Esse já é ponto.

Se eu tenho uma porcentagem da população nem toda pessoa que é transgênero, necessariamente, vai querer fazer hormônio e ter que passar por um procedimento cirúrgico. Então, isso já é algo que a gente precisa considerar.

E os bloqueadores puberais para incongruência de gênero? Em 2019, a nossa

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 26 DE 78

Resolução permitia, só que ela permitia sobre protocolo de pesquisa, ou seja, você teria que passar pelo CEP, pelo Conep, fazer toda aquela etapa de pesquisa para você utilizar no nosso país.

Mas passaram 6 anos, Vereadora, sabe quantas pesquisas foram publicadas? Zero. Não houve publicação de pesquisa brasileira. Nós chegamos em 2025, e falaram, publicamente, “nós tivemos 72 pacientes”.

Poxa, se vocês tiveram 72 pacientes e não publicaram resultados sobre isso, há dois problemas: ou esses resultados não foram bons, porque, às vezes, infelizmente, o pesquisador omite os resultados ruins, o que não deveria acontecer, mas é um fato. Ou vocês não fizeram pesquisa. Se não fizeram pesquisa, infringiram o Código de Ética Médica e a Resolução do Conselho Federal de Medicina. Então, nós precisamos também discutir sobre isso.

Chegou 2025. E agora o que eu faço? Será que eu devo manter como experimentar o mesmo sem nenhum dado? Essa é uma pergunta que a gente teve. Eu sei que têm crianças, adolescentes, cuja sensibilidade familiar e os diagnósticos, alguém vai querer fazer algum tipo de intervenção. Eu devo permitir, como Conselho Federal, se eu permiti que durante 6 anos isso pudesse acontecer, mas eu não tenho nenhum resultado de pesquisa brasileira? Essa foi uma pergunta que nós fizemos, aí, nós usamos o princípio bioético, já que a senhora é professora de bioética da precaução.

Um dos princípios hipocráticos mais importantes que existe é o *Primum non nocere*, primeiro, não causar o dano. Se eu não sei o que eu posso causar de dano no outro, primeiro, eu não faço. Eu não posso arriscar. Eu tenho declarações de Helsinque e Nuremberg, que garantem que eu não utilize o outro como cobaia. Eu preciso ter esse tipo de consciência para fazer o quê? Para reduzir, dar um passo para trás. Eu não estou fechado à discussão.

O Conselho Federal de Medicina, assim como qualquer órgão, inclusive, esta Casa, como órgão político, é um órgão dinâmico. Novos fatos, novos acontecimentos são novas ideias. O Conselho Federal de Medicina não é algo estático, ou seja, nós estamos abertos a fazer qualquer tipo de discussão e análise, mas nós precisamos fazer isso com muita segurança.

Pergunta-se: esses bloqueadores são seguros? Bom, é claro, eu tenho uma farmacologia conhecida, como o próprio Raphael fala, e eu falo, como pós-graduado em endocrinologia pediátrica, bloqueador hormonal é hormônio, é um tipo de hormônio. Ele é uma medicação relativamente segura, mas eu não tenho um nível de evidência alto ou não tenho um nível de evidência considerável, para quando eu falo de disforia, que seria o grande objetivo de eu tratar crianças e adolescentes trans. Seria aquela criança que tem o sofrimento. Seria a criança com disforia.

E os riscos? Bom, os riscos eles podem ser distintos, porque eu já sei que esse tipo de medicamento é um medicamento válido para quem tem puberdade precoce. Mas quem tem puberdade precoce, geralmente, eu começo a utilizar - isso a literatura médica aceita, e o Conselho Federal de Medicina consente, fazer em crianças de 6, 7, 8 anos para a puberdade precoce continua a indicação. Geralmente, quando chega perto dos 12 anos, eu tiro essa medicação, ou seja, eu vou fazer durante 4 anos.

Agora, quem tem, por exemplo, quem é trans estava começando a utilizar isso com 8 com 9 anos e persistindo até 16, 17, 18, é quase o dobro do tempo. Será que esse dobro do tempo de uma medicação que, relativamente, é segura para a puberdade precoce continua sendo segura para trans? Não sei. Eu não tenho evidência suficiente.

Vai para o princípio da precaução, ou seja, o tempo de uso também pode ser um fator que faça com que eu tenha mais efeitos adversos. E quais são os efeitos conhecidos? Redução de densidade mineral óssea, ou seja, eu posso tornar os ossos mais frágeis. Isso pode ser reversível? Pode não ser reversível, mas eu preciso dizer que isso é possível. A estatura pode ser comprometida, eu posso ter dores de cabeça, aumento de triglicerídeos, que são sintomas ou sinais que podem incomodar de alguma forma a criança. E existe uma interrogação, inclusive, sobre infertilidade. Será que isso pode causar um dano futuro com tempo de exposição prolongada? Não sei.

São essas respostas que a ciência busca e foram essas expostas que o Conselho Federal de Medicina deu oportunidade para o Brasil fazer - e não foram feitos ou, pelo menos,

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 28 DE 78

não foram publicados - estudos com trans. No Brasil, eu não tenho nenhuma publicação e estudos comparativos que são internacionais, não me dão certeza sobre a questão da saúde mental. Ora, se eu preciso utilizar na criança ou adolescente trans que tem disforia, ou seja, que ela se sente incomodada, que ela tenha um problema relacionado a um aspecto psicossocial e mental e eu não tenho certeza sobre isso, inclusive, em alguns estudos internacionais, se ele é válido ou não, a gente aplicou o princípio da precaução.

E nos é dito que o fato de a gente ter proibido o bloqueio puberal, é como se a gente proibisse o cuidado à criança como trans. Eu deixo uma pergunta para a gente fazer também intimamente: a única forma de cuidado que eu tenho hoje é uma crença, o adolescente trans é bloqueando? É só isso? Ou eu faço o bloqueio ou eu não faço mais nada?

O Conselho Federal de Medicina coloca na sua resolução que uma criança tem uma oportunidade de uma garantia de um cuidado contínuo. Ou seja, se você tem uma criança que tem uma suspeita clínica que ela é uma pessoa transgênero, ela precisa ser acompanhada com um médico, com uma equipe multidisciplinar, desde a atenção primária à saúde até a atenção especializada continuamente e com escuta qualificada com ambiente seguro, com tratamentos feitos à luz da evidência científica, aliás, até nos acusam muitas vezes de ser anticientíficos. E quando aplicamos uma base científica, também nos acusam de ser científicos demais. É complicado, viu? E nós precisamos que ajam termos de segurança, tanto de consentimento, como de assentimento e, é claro, sempre em ambiente seguro e com intervenções individualizadas, porque cada caso é diferente do outro. Eu não posso colocar num papel, no mesmo protocolo, todo mundo, porque nós temos casos muitos distintos. E olha, nós ainda garantimos algo que é superimportante, que no direito fala de garantia de direito. Quem sou eu aqui para falar de direito, mas é o seguinte, quem já estava usando pode continuar. Eu não vou interromper isso, até porque já estava em processo e talvez o dano da retirada abrupta, súbita seja pior. Então, nós garantimos na Resolução o direito à continuidade para que essa criança continue sob cuidado e na terapia hormonal cruzada, que é aquela que induz características sexuais secundárias distintas do sexo biológico, ou seja, um menino trans que é uma menina

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 29 DE 78

biologicamente, ela toma testosterona para virar um menino trans. Então seria hormônio, terapia hormonal cruzada. Antes de eu fazer, nós exigimos que houvesse uma avaliação psiquiátrica e clínica prévia, e isso foi mal interpretado. Olha, é muito importante que exista essa avaliação psiquiátrica, até porque doença psiquiátrica grave é contraindicação absoluta desse tipo de tratamento. Isso quem fala, além do Conselho Federal de Medicina, a Endocrino Society. A Sociedade de Endocrinologistas dentro Estados Unidos, é uma das mais respeitadas, se não a mais respeitadas do mundo está, e é por isso que a gente fez dessa forma.

Eu não vou repetir aqui os dados de Raphael, mas só lembrando que esses hormônios causam trombose, esses hormônios causam infarto, potencial de acidente vascular encefálico, hepatopatia - doença no fígado. Eles causam alterações, inclusive hormonais importantes, que podem cursar com desequilíbrios. Então eu preciso de uma avaliação endocrinológica, e preciso de uma avaliação cardiológica rigorosa antes de começar qualquer tipo de tratamento.

E aí eu volto para um outro conceito biotécnico e biológico, que é a questão da capacidade e da competência. Às vezes você tem uma criança com 14, um adolescente com 15,16 anos, que ele tem uma capacidade de discernimento, mas ele ainda não tem a competência legal para decidir. No Brasil o marco legal para você tomar decisões é com 18 anos. E porque não aguardar até 18 anos para você ter esse tipo de análise, ter competência legal para tomar esse tipo de decisão? Até porque a terapia hormonal cruzada, quando ela é feita, alguns desses efeitos, sendo ela retiradas, são reversíveis, mas outros são irreversíveis. Uma menina que toma testosterona pode hipertrofiar a cartilagem, engrossa a voz e isso não tira, quando você retira, por exemplo, a testosterona. Estou dando só um exemplo muito simples e claro de compreensão, mas tem vários outros. Então, por esse mesmo motivo, tendo efeitos irreversíveis, por que não - já era 16 anos - porque não aguardar mais um ou dois anos para você realmente ter a certeza daquilo que você quer? Eu estou pensando numa pessoa que vai viver 70, 80,90, 100 anos e eu estou pedindo só para que aos 18, ela tome esse tipo de decisão sem nenhum tipo de antecipação. É simplesmente uma questão, mais uma vez, de prudência.

A nossa Resolução, portanto, ela é uma Resolução de garantias. Primeiro que ela mantém que as cirurgias sejam feitas a partir dos 18 anos, exceto, claro, nas cirurgias esterilizantes. Até porque nós temos uma Lei Federal que diz que é só a partir dos 21 anos de idade que eu posso fazer cirurgia com efeitos esterilizantes, mais uma vez entrando na área do Direito que não é minha praia, mas tem uma coisa chamada Pirâmide de Kelsen, que diz que eu preciso fazer com que as normas sejam obedecidas. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nunca pode ser superior a uma Lei Federal. Quem fala que não pode ter uma cirurgia esterilizante antes dos 18 anos é o Congresso Nacional, promulgado pela Presidência da República, não é o Conselho Federal. Então nós estamos obedecendo a Lei. E para obedecer a Lei, precisamos adequar para os 21 anos de idade. Nós garantimos também a destransição. Ela é importante, ela existe. Existe o arrependimento, pode ser 1%, Raphael, mas esse 1% precisa ser garantido, que ele precisa ser acolhido. Se for 10%, se for 20%, mais ainda, qualquer que seja o percentual é uma pessoa e essa pessoa precisa ter garantia de um acolhimento digno, e isso está na nossa Resolução. Se ela se arrependeu, ela precisa ser tratada com dignidade e é assim que a gente vai fazer e é uma Resolução de respeito. Porque é outra crítica que a gente sofreu, absurda. Aquela pessoa que preserva o seu órgão biológico, ela tem que ter direito de ir ao seu especialista. Ora, se eu sou um homem trans, mas tenho o útero, quem é que tem que cuidar do útero desse homem trans, se não é o ginecologista? Se ela for no urologista, ele não vai saber tratar do útero.

Você sabe por que a gente pensou nisso? Eu vou ser muito sincero. Existiram vários casos de pessoas, por exemplo, que já mudaram inclusive o seu nome civil e se apresentam como homem, chegava num ginecologista e era constrangido ou pelo plano de saúde que existe, a glosa, por que como é que um Roberto passa por um ginecologista? Ou até mesmo não queria ser atendido pelo próprio médico, porque estava ali numa situação de constrangimento, mas o câncer de útero, o câncer de colo de útero quem tem que tratar é esse especialista, não é outro. Se ela for para outro, vai ter um tratamento errado.

Então, nós estamos garantindo a dignidade da pessoa trans, que preserva seus

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 31 DE 78

órgãos biológicos com o direito de que ela seja examinada pelo seu especialista de origem. Isso, inclusive, dá um respaldo legal até mesmo diante dos planos de saúde. Então, para concluir, eu deixo aqui esse questionamento. Cuidar da criança trans é simplesmente bloquear? Eu tenho certeza que não! Cuidar vai muito mais além. Dar oportunidade de acompanhamento, o acompanhamento multidisciplinar, um acompanhamento multiprofissional, um acompanhamento psiquiátrico digno em ambiente seguro. E tratar, psiquiatricamente, não significa dizer, estigmatizadamente, que ela está maluca não! Pelo contrário, ela precisa de suporte, porque na verdade nós precisamos resgatar o bem-estar social dessa criança e esse é o maior objetivo.

Então, cuidar da criança, na verdade, é oferecer acesso, e é isso que nós garantimos na nossa Resolução. Os bloqueadores puberais são seguros? Ora, os bloqueadores puberais para a puberdade precoce até podem ser seguros, mas para trans eu não tenho tempo ainda, da literatura, com evidência robusta para dizer se eles são seguros ou não. E aí eu tenho dúvida. E quando eu tenho dúvida, eu preciso de quê? Pesquisa científica.

Aí nos falam, mas como é que a gente vai fazer pesquisa se o CFM agora, proibiu o bloqueio, mesmo em caráter científico? Ora, se vocês têm os dados de 2019 a 2025, publiquem. Publiquem. Já ouvi falar de pesquisadores. Ah, são poucos casos. Olha, um caso é relato de caso, dois, três, quatro, são uma série de casos. Publiquem, o que tiver. Vamos discutir, vamos fazer ciência. Não é isso que vocês querem no Conselho Federal de Medicina?

Nós estamos aqui para trabalhar com ciência. A gente não faz medicina de Direita nem de Esquerda. Esquece. Isso é um debate que não contamina o Conselho Federal de Medicina. Quando a pessoa está doente, ela não está doente de Direita ou de Esquerda, não! Ela está doente porque ela precisa de saúde e a saúde é resgatada. Não tem partido, não tem cor, não tem nada. A gente precisa, na verdade, esquecer esse tipo de movimento e entrar realmente naquilo que importa, que é tratar as pessoas como pessoas.

Temos na nossa Resolução os direitos garantidos, como eu falei, tanto o direito a ser tratado com o órgão biológico que permaneceu, como de ter transição, caso exista, como o direito daquele paciente que já estava em tratamento continuar em tratamento. Então são direitos

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 32 DE 78

garantidos. Nós temos um respeito ao paciente em seu cuidado integral. Nós não falamos só de medicamento, parece que a Resolução se resume a bloqueio. Ela não é sobre bloqueio, ela é sobre cuidado. E cuidado vem do acompanhamento, da oportunidade, a pessoa ter acesso à saúde e é isso que temos que tratar e nós precisamos mais uma vez. É por isso que eu coloquei duas vezes aqui no slide, pesquisa científica. Sem isso, a gente não consegue avançar. Tanto que o Conselho Federal de Medicina aprovou um grupo de trabalho que vai discutir o tema. Nós vamos continuar discutindo. O tema não parou por aqui, as pessoas continuam aí e precisamos discutir sobre isso para que posamos avançar sobre essa temática.

Eu, agradeço mais uma vez a oportunidade. Fico à disposição para qualquer pergunta. (Palmas).

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Nós, agradecemos a brilhante intervenção do Dr. Bruno. É muito importante destacar que o texto é complexo, moderado e preocupado com o cuidado com o ser humano. Muito obrigada, pela brilhante palestra.

Antes de passar a palavra a Dra. Akemi, passo a palavra ao nobre Vereador Rubinho Nunes, cuja presença agradeço, na oportunidade. Nós temos várias Comissões acontecendo na Casa, o nobre Vereador irá falar e depois fica à vontade, para correr com as suas atividades.

O SR. RUBINHO NUNES - Bom dia a todos. Em primeiro lugar, parabenizo a Vereadora Janaina Paschoal pela sensibilidade em trazer este debate a Câmara de São Paulo e principalmente em promover esta audiência pública. É um tema que nos é muito caro. Tenho isso em comum com a Janaína e com o Vereador de Sansão Pereira. Parabenizo pela iniciativa. Agradeço em nome dos demais experts ao Dr. Raphael Câmara que está aqui conosco, mais uma vez. Parabéns por todo o trabalho que o doutor tem realizado, assim como o Dr. Bruno e os demais nesta pauta e quero lamentar, inicialmente, a ausência dos Vereadores de Esquerda desta Casa, PT, PSOL, que há anos lutam contra qualquer iniciativa que garanta a segurança, que há anos obstruem projetos que propomos nesse sentido. Quando a Vereadora Janaína traz um debate tão importante com experts sobre o assunto, com capacidade técnica para debater com a profundidade necessária e embasamento científico, eles simplesmente, se furtam a

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 33 DE 78

debater, porque não lhes é conveniente. E, infelizmente, esse é o problema que nós encontramos na Câmara.

Como a Vereadora Janaina, adiantou, eu sou Presidente da Comissão de Política Urbana, não faço parte da CCJ, mas entendo a dimensão e a profundidade deste assunto. Por isso fiz questão de comparecer aqui, mesmo com o tempo exíguo para que possa trazer a minha contribuição. Não no aspecto técnico, sou advogado, não tenho capacidade para argumentar com a profundidade dos doutores e nem seria leviano, nesse sentido, mas como Vereador. Sou autor do PL 26/23, que proíbe procedimentos de transição de gênero, procedimentos hormonais em crianças no Município de São Paulo, custeados pela municipalidade. Esse projeto está parado desde 2023 com o Vereador na CCJ. A gente não consegue ter a tramitação porque não há interesse da Esquerda na Câmara para que a gente tramite. São negacionistas da ciência, são negacionistas da vida. E negacionistas do direito dos nossos filhos. Eu entendo que existe disforia de gênero, entendo que existem condições pessoais de cada indivíduo, mas não podemos negar que existe uma militância empenhada, engajada em atacar os nossos filhos, empenhada e engajada em atacar as nossas crianças e por algum motivo torpe, algum motivo completamente maluco - para não me exceder nas palavras - eles emboscam nossos filhos, às vezes nas escolas, às vezes dentro do próprio lar. O pai e a mãe são responsáveis por impor na cabeça da criança que a menina é um menino ou que o menino é uma menina. E por parte dessa militância de vida dos pais, o risco muito grave é dado na vida desses jovens, que passam então a sofrer de algum abalo psicológico da influência paterna, da influência materna ou da influência do ambiente externo, que isso molda o caráter, molda a formação e molda as escolhas dos nossos filhos e, por consequência, os levam a adotar um procedimento de transição de gênero.

Minha fala, de maneira muito breve, isso é irreversível. Não há por que causar um dano irreversível, um mal à vida de uma pessoa, simplesmente porque uma ínfima parcela da população deseja fazer esse procedimento e pode fazê-lo após os 18 anos de idade. Se nós temos que aguardar os 18 anos para tomar decisões sérias, se não podemos fazer uma tatuagem com menos de 18 anos porque necessita de autorização dos pais, porque uma criança poderia

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 34 DE 78

trocar de gênero? Veja, eu não tenho nenhuma tatuagem. Também não sou contra quem tem. Só que você pode removê-las. Diferente de uma transição de gênero. Uma menina que tem a sua puberdade atrasada não vai ter os mesmos traços físicos, caso receba hormônios.

Assim como um menino também vai ter esse impacto. E pasmem, as mesmas pessoas que querem que as crianças recebam bombardeio hormonal para ter o bloqueio e não mudar de gênero. São as pessoas que ficam escandalizadas se você come um frango de granja, porque ele sofreu muito hormônio e não querem se alimentar com aquilo. Ou seja, o que eles não querem colocar na mesa, eles querem colocar dentro do corpo dos próprios filhos, sem que as crianças tenham a maturidade para fazer a escolha de acordo com o seu próprio interno, com a sua própria consciência formada.

Eu falo com tranquilidade. O Rubinho de 18 anos é muito diferente deste com 37 anos, e talvez uma pessoa de 18 anos ainda não tenha acepção do impacto daquilo para tomar essa decisão na qualidade. Mas se é a idade penal que nós temos no país, uma pessoa com 16 anos não responde por um homicídio, como nós vamos permitir que faça um procedimento irreversível no seu corpo? A minha fala é muito breve, simplesmente, para agradecer a todos vocês e pedir apoio para que a gente consiga de uma maneira ou outra, salvar nossas crianças e colocar um basta nessa tentativa abjeta e absurda de destruir a vida dos nossos filhos. Muito obrigado e um bom dia a todos.

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Nós agradecemos a participação, a presença do Vereador Rubinho Nunes, reiterando que todos os colegas, todos, terão fala garantida nesta nossa audiência, independentemente, de posicionamento. Então fica o convite aberto, sei que todos estão nos seus gabinetes. Hoje, a Casa é muito movimentada. Até o final, qualquer colega que venha aqui vai ter direito a palavra.

Houve uma troca, por força de agenda, na ordem. Então, passo a palavra Dra. Giulietta Aparecida Cucchiaro, médica pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, tem residência médica em psiquiatria da infância e adolescência pela Universidade Estadual de Campinas Unicamp, tem Doutorado pela Universidade de Heidelberg, na Alemanha e pós-

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 35 DE 78

Doutorado pela Unicamp, além do título de especialista em psiquiatria e psiquiatria da infância adolescente, pela AMB e pela ABP. Dra. Giulietta, a palavra é de V. Exa.

A SRA. GIULIETTA APARECIDA CUCCHIARO - Bom dia a todos. Sou a Dra. Giulietta, médica em Campinas, Psiquiatra de adultos, crianças e adolescentes. Gostaria de agradecer ao convite para falar desse tema. Vou me propor a falar um pouco, além de apresentar dados. Mas eu gostaria de ilustrar esses dados com a experiência do dia a dia. Porque quem não lida com essa área, pode parecer que é uma coisa muito simples, mudar de 16 para 18 anos. Gente, é muito angustiante lidar com esse tipo de paciente, porque é muito sofrimento psíquico. A família vem junto com expectativas muito grandes. Em geral, o adolescente, até pelo próprio funcionamento, chega sim pedindo mudanças para ontem e a gente tem que trabalhar essa angústia dos pacientes.

Então, olha, é uma área muito complexa. É um trabalho artesanal e acho que é artístico e de muita responsabilidade. Justamente, porque tratamentos podem interferir no desenvolvimento, que seria natural de uma criança, e tratamento que podem provocar mudanças irreversíveis. Então a gente trabalha com um peso muito grande.

Eu queria mostrar esse vídeo. Não está com som?

É de um mocinho Africano de 22 anos, que em 2018 ele estava andando pelas ruas de Paris e viu um burburinho e olhou para cima e viu uma criança pendurada no quarto andar. Então esse moço não pensou duas vezes: se atirou no prédio e foi escalando pelo lado de fora, em menos de 30 segundos ele conseguiu chegar e salvar a criança. Em entrevistas posteriores, ele fala que quando viu aquela cena, ele nem pensou. Quando viu, á estava escalando e só quando ele colocou a criança em segurança na varanda, ele olhando para baixo, falou: “meu Deus!” E começou tremer...

- Apresentação de vídeo. (Transcrição)

“Em 2018, Mamoudou Gassama, um jovem de 22 anos vindo do Mali, estava caminhando tranquilamente pelas ruas de Paris quando se deparou com uma cena de partir o coração, uma criança de apenas quatro anos pendurada na sacada de um prédio, prestes a cair.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 36 DE 78

Sem pensar duas vezes, ele correu em direção ao prédio e começou a escalar com as próprias mãos, subindo com uma agilidade impressionante, enquanto uma multidão desesperada observava em choque.

Em menos de 30 segundos, ele alcançou a criança e a puxou para um local seguro, salvando-a de uma queda iminente. Dias depois, ele foi convidado pelo presidente francês, que o parabenizou pessoalmente e anunciou que o jovem, que estava ilegal no país, ganharia a cidadania francesa como forma de reconhecimento, e o convidou a integrar o Corpo de Bombeiros de Paris, onde continua salvando vidas.”

A SRA. GIULIETTA APARECIDA CUCCHIARO – Então, por que eu quis trazer esse exemplo? Porque eu acho que o que o moveu foi até um instinto natural de salvar o menor da espécie, o frágil. É até um exemplo de masculinidade heroica, a gente se fala muito, aí, masculinidade tóxica, mas é uma coisa que só um homem jovem poderia fazer, e ele nem tinha experiência nada de escalar, gostava de jogar futebol, e ele instintivamente, impulsivamente se colocou a serviço da vida, a serviço de salvar uma criança correndo o risco de morrer.

E eu acho que essa área é uma área que tem muita polêmica, muita divisão, mas eu espero que o que mova os dois grupos, os dois grandes tipos de conduta com relação a essa questão, eu acho que o que move é o desejo de cuidar das crianças. Então é com esse desejo que eu quero abordar esse tema, e eu também, toda vez que eu faço palestras sobre esse tema, gente, eu imagino aqui, sentados os meus pacientes trans e as suas famílias, então eu imagino muito palestrando também para eles.

Eu sei que pacientes meus ficaram sabendo desse evento, estão até assistindo *online*, então é com muito respeito, muito carinho, muito amor que eu falo sobre esse tema, que é um tema para mim muito caro.

Eu queria anunciar que eu não tenho nenhum conflito de interesse, não trabalho para a indústria farmacêutica, não tenho vínculo acadêmico, já tive, não tenho, não tenho nenhuma vinculação a movimentos políticos ou a partidários. Bom, então eu vou continuar assim, eu ia falar da definição de congruência de gênero, mas já foi colocada aqui pelo Rafael, e eu vou trazer

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 37 DE 78

também que além da questão do diagnóstico, não é só o diagnóstico em si que realmente traz incertezas, mas a própria fisiologia, a própria natureza dessa condição também traz muitas incertezas.

A incongruência é quando o gênero vivido, experienciado, não é condizente com o sexo biológico da pessoa. E eu queria dizer, lembrar que a transgeneridade, a incongruência de gênero, é uma condição muito rara, então as estimativas, no geral, 0,01% têm esse diagnóstico estabelecido, persistente, então é uma condição rara. E eu queria também falar sobre o desenvolvimento, acho que essa é a minha grande contribuição, porque o que torna essa questão tão delicada é que crianças e adolescentes estão em desenvolvimento, e uma certa confusão de gênero pode fazer parte do desenvolvimento normal.

É muito importante saber reconhecer isso, observar isso, para não partir para condutas em situações, em condições que, na verdade, são transitórias. Então, olha, tem algumas teorias que falam de como se dá o desenvolvimento da identidade de gênero, mas essa teoria cognitiva, ela é até considerada genial, porque esse psicólogo Lawrence Kohlberg, ele usou as etapas do desenvolvimento cognitivo que foram observadas e descritas pelo Jean Piaget.

Ele observou que na idade de três anos, olha, praticamente a maioria, 100% das crianças que não tenham um retardo mental, elas já observaram que o mundo está dividido em dois grandes grupos, e já se identificaram, se acham pertencentes ao grupo dos homens ou ao grupo das mulheres. São crianças que têm apenas dois, três anos, então a coisa é bem concreta mesmo. Daí, entre três e cinco anos, viria um estágio que ele chamou de estabilidade, é quando as crianças percebem, de acordo com a maturidade neurológica e cognitiva, elas têm essa sacação, olha, uma menina vai crescer e vai virar uma mulher, um menino vai crescer e vai virar um homem, então ela percebe, ela não sabe definir, mas ela percebe que isso é estável ao longo do tempo.

Daí, entre três e cinco anos, o que é muito interessante nessa etapa do desenvolvimento cognitivo, se uma criança, por exemplo, um menino, se vestir em uma festa a

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 38 DE 78

fantasia, se vestir de bruxa ou de princesa, ele pode achar que, naquele momento, ele virou uma menina, porque nessa etapa, as crianças não conseguem distinguir o que é realidade de fantasia.

Então, isso é muito interessante, é muito importante, essa é uma etapa muito vulnerável, de três a cinco anos, quer ver, olha, ela equivale ao que o Piaget descreveu como a fase do pensamento pré-operatório, e que ele observou essas características, então, por exemplo, unilateralidade, então a criança não consegue, não tem a complexidade de ver dois lados de um problema ao mesmo tempo. Isso é muito importante, porque, às vezes, em escolas, querem já trazer a questão de gênero para essa faixa etária, e a criança não tem maturidade de entender, mas como assim, é menino, pode virar menina?

Há relatos de uma escola na Califórnia, que a professora quis fazer uma cerimônia de transição de gênero, e mostrou um menino lá, esse é o Peter, o Peter saiu, voltou vestido de menina, e ela falou, olha, agora o Peter é a Laura, e doravante é para todos vocês chamarem ele de Laura, e as crianças ficaram desesperadas, elas voltaram para casa, e assim, ah, eu não quero virar menino, eu não quero virar menina, e as professoras ficaram surpreendidas, elas não imaginavam o impacto que poderiam ter, a angústia que poderiam causar.

E, na verdade, é porque essa fase das crianças, é uma fase muito delicada, não há essa capacidade de distinguir fantasia, realidade, raciocínio de causa e efeito, então, egocentrismo no sentido, assim, a criança pensa, o que está acontecendo comigo é o que está acontecendo com todo mundo, e eu tenho um exemplo, assim, da minha vida.

Eu devia ter, sei lá, uns 10 anos, fui a uma festa de aniversário de uma coleguinha, e daí conheci, a gente estava no quarto, e entrou o irmãozinho dela, que tinha acho que uns quatro anos, e acho que ela não gostou, tinha ciúmes do irmão. Daí ela falou assim: "Ah, vamos fazer uma brincadeira, e começou a acender e apagar a luz, e dizer que o Pedro ia virar um sapo, daí, quando ela acendeu a luz totalmente, ela olhou para ele, e ele ficou desesperado, saiu chorando: "Eu virei um sapo, eu virei um sapo, e eu fiquei assim." Gente, tadinho, eu acho que ele tem um retardo mental, porque como que ele, olhando para ele, está vendo que ele não virou um sapo, e como que ele está achando que ele virou um sapo?

Daí eu perdi contato com essa coleguinha, fui vê-la muitas décadas depois, mas eu nunca me esqueci dessa história, e perguntei o que tinha acontecido com o irmão dela, com o Pedrinho. “Ah, o Pedrinho, o Pedrinho cresceu, tem 1,90m, fez engenharia, está trabalhando nos Estados Unidos.” Daí eu vejo, nossa, essa era a criança que eu achei que tinha um retardo mental, mas ela estava simplesmente nessa etapa do desenvolvimento.

Isso é muito importante reconhecer para, inclusive, na questão, isso até vale uma audiência para ver a questão de como trabalhar nas escolas, a educação sexual, como falar de gênero nas escolas, porque um critério muito importante é respeitar a fase do desenvolvimento. E, olha, eu acho que, a não ser que a pessoa estude psicologia, a maioria das professoras, dos médicos, a gente não conhece o desenvolvimento cognitivo. Então, é uma coisa que a gente precisa estudar.

E, voltando ao desenvolvimento na primeira infância. Daí, dos cinco ou seis anos, a criança adquire a noção de constância, que é o seguinte, ela já tinha percebido que uma menina cresce e vira uma mulher, mas, daí, ela entende uma questão da irreversibilidade. Então, independentemente das circunstâncias, das condições, da roupa, isso não muda. Então, tem a ver também com essa noção de não poder voltar atrás.

E eu me lembro, na prática clínica, de um paciente de sete anos, que a mãe dele faleceu, e ele ficou muito, muito, muito deprimido. E a irmãzinha dele, de quatro anos, não ficou. Mas ela não tinha entendido que a mãe não voltaria mais. Então, ela sempre achava, minha mãe virou estrelinha, mas quando a mamãe vem aqui visitar a gente? Então, ela não tinha a maturidade cognitiva para entender aquilo.

E, olha, e daí, na adolescência? Outras questões que fazem parte do desenvolvimento normal e que a gente não pode perder de vista, se não pode confundir, tomar decisões apressadas, colocar um adolescente em tratamentos. A primeira coisa é a crise de identidade em si. Então, a maioria dos adolescentes passa por uma crise, vai questionar vários pontos, inclusive a questão da identidade sexual, da orientação sexual. Então, pode ser uma crise que faz parte da adolescência em si.

Outra coisa que a gente vê muito é a questão do descontentamento com o corpo. Principalmente a mulher. Às vezes, até os 12 anos, a menina era feliz, subia em árvore, brincava, tudo. Começa a entrar na adolescência, começa a dizer, eu sou feia, eu sou gorda. Começa com um monte de... a gente que é mulher, a gente sabe. Como mulheres, podemos ser cruéis conosco, com essa exigência do corpo, tudo. Então, às vezes, o repúdio às partes sexuais femininas do corpo é pela questão do descontentamento em si. Mas isso não é uma questão da identidade. E algumas meninas querem fazer essa mudança. Elas têm um padrão muito elevado do que deveria ser uma mulher. “Eu nunca vou chegar nisso. Então, é mais fácil virar um menino.”

Eu já vi isso na clínica, a questão de um grande descontentamento com o corpo, mas sem nenhuma questão de identidade. Outro fenômeno é o fenômeno do apaixonar-se. O grupo holandês, que foi quem começou com o bloqueio de puberdade, eles têm um estudo qualitativo com mais de 60 pacientes, e eles falam que o fenômeno do apaixonar-se na adolescência foi essencial para fixar a identidade de gênero, independentemente da orientação sexual. E a gente vê isso na clínica.

Eu queria dizer que eu me formei em 1990, então, em dezembro, eu completo 35 anos de formada. E, até 2020, eu vi só dois casos de incongruência de gênero. Quando eu falo com meus colegas psiquiatras mais velhos, o professor José Martins, que foi reitor da Unicamp, pediatra, que tem 60 anos de pediatria, eles também falam a mesma coisa, que, mais ou menos, até 2019, a pandemia é um marco, que até a pandemia tinham visto entre 5 e 10 casos, 12 casos em 50 anos de clínica. Depois, de repente, a partir de 2020, começaram a ter muita procura de adolescentes confusos sobre o gênero.

E, daí, eu acompanhei vários casos de pré-púberes, então, meninos ou meninas com 9, 10 anos, com a identificação, com o sexo oposto, e, daí, eu começo a ver a entrada na adolescência, a mudança física, e, daí, eu pensei, nossa Senhora, agora vem aquele sofrimento, aquela disforia, e, para minha surpresa, praticamente todos os casos que eu vi nessa situação, ao entrar na adolescência, passados alguns meses, a menina ou o menino se apaixonam perdidamente, e, daí, parece que toda essa questão de identidade some.

Eu vi na prática clínica realmente como o apaixonar-se acabou sendo terapêutico na questão da identidade. E, daí, nós nos perguntamos, e, se bloquear a puberdade, nós podemos estar privando dessas experiências de uma adolescência sob os efeitos hormonais altos condizentes com o sexo biológico? Então, por isso, eu acho que, quando eu vi que foi adequada essa idade, eu fiquei muito feliz, porque eu acho que bate muito com a prática clínica. Nós, doutora Janaína, nós lidamos, quem é psicólogo, quem é psiquiatra lidando com essa questão, uma das angústias é que, por exemplo, chega adolescente, eu vou contar um caso, chegou uma menina, 14 anos, ela nem falou bom dia, boa tarde, ela falou assim: “Dra. Giulietta, a senhora é médica?” “Sim, sou médica, psiquiatra, sim.” “Mas é médica mesmo? É médica ou psicóloga, Dra. Giulietta?” “Sou médica.” “Ah, então, a senhora pode dar laudo?” “Sim, posso.” “Ah, então, porque eu estava indo a uma psicóloga, daí eu descobri que ela não pode dar laudo, então, eu já parei de ir, porque eu sou transgênero, e tudo o que eu preciso é um laudo confirmando que eu sou, porque eu já quero começar logo a fazer a terapia com testosterona.” Eu falei: “nossa, calma, as coisas não são assim, essa é uma questão muito complexa.” “Não, eu sei que é complexa, mas, no meu caso, é muito simples, é muito simples, porque eu tenho certeza de que eu sou transgênero.” Daí eu falei assim: “Olha, mas, desde quando você começou a ter essa percepção de que você, na verdade, você se identifica com o sexo oposto?” “Ah, há muito tempo, muito tempo, muito tempo.” Então, eu pensei, nossa, desde a infância. “Mas há quanto tempo?” “Três meses.” Quer dizer, essa é a cabeça do adolescente. Para quem tem 40, 50, 60 anos, três meses não é nada, mas, mostra o grau da angústia. Então, esse foi um caso que eu pedi paciência para esperar, e passados alguns meses, já tinha resolvido essa questão. Também foi uma menina que se apaixonou. Então, é muito importante essa paciência.

O que eu quero frisar, acho que essa é a minha colaboração mais importante, e eu quero também falar a favor do diagnóstico, da avaliação psiquiátrica, porque, por ter sido despatologizada essa incongruência de gênero, até no CID-11, saiu do capítulo de transtornos mentais e passou para um capítulo de condições associadas à saúde sexual. Então, muitas pessoas falam assim, então, não precisa de uma avaliação psiquiátrica, mas, na verdade, precisa

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 42 DE 78

e, privar o paciente disso é uma má medicina, porque existe a questão dos diagnósticos diferenciais.

O principal é esse comportamento atribuível, que é uma etapa do desenvolvimento. Então, ver se não é uma questão do desenvolvimento. A homossexualidade incipiente. Então, tem crianças, eu já peguei menino que se via gostando de outro menino, então, eu sou uma menina, eu só posso ser uma menina. E na adolescência, já peguei casos de o jovem saber que é homossexual, mas achar que terá uma rejeição muito grande da família e que ser transgênero é chique, que transgênero tem *status*, “tenho certeza de que minha família me aceitará como transgênero, mas como homossexual, não”. Isso não é caso para tratamento.

Pacientes do espectro autista que têm confusão de identidade; personalidade *borderline*, se são jovens que têm, mesmo, uma confusão sobre quem são; há vários diagnósticos psiquiátricos que precisam ser descartados. Também, a avaliação psiquiátrica. Essa é uma população com grande sofrimento psíquico, então isso tem que ser avaliado.

Queria aproveitar para fazer uma propaganda: vejam, esse relatório Cass, da pediatra Hillary Cass é de um primor, é de um primor. Fiz questão de imprimir para poder ler, sublinhar, conversar com o relatório, fazer as minhas anotações. Mesmo assim, ela escreveu não só para pessoas da área técnica; qualquer pessoa pode ler, há partes que explicam como se avalia o grau de evidência, a força de um artigo científico.

Ela foi chamada para fazer uma auditoria na clínica de gêneros da Inglaterra, a clínica Tavistock, que acabou fechando por recomendação dela em 2021, porque estava havendo vários casos de reclamação, de arrependimento, então, foi pedida uma auditoria. Havia uma briga muito grande entre dois grupos: um grupo que tendia a pedir para esperar a entrada de condutas médicas, e outro que já queria começar logo.

Estava havendo uma briga tão grande que a chamaram, mesmo sendo pediatra e sem nenhuma ligação com o tema, pois ela estava estudando, era uma pessoa muito respeitada na Inglaterra e foi, durante muitos anos, presidente da associação de pediatria britânica.

Já no prefácio, ela fala – é muito interessante – o que, como médica vinda de fora, já

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 43 DE 78

viu com perplexidade. Primeiro, a toxicidade do debate. Ela falou que nunca havia visto uma área em que profissionais ficam com tanto medo de expor as suas ideias. Por quê?

Outra coisa que a chocou foi a falta de evidências fortes, de estudos científicos que trouxessem robustez. Ela fala que, normalmente, na medicina, demora-se um bom tempo para que resultados fortemente embasados por pesquisas sejam incorporados à prática clínica; mas nessa área, aconteceu justamente o oposto. A partir de uma única publicação do protocolo holandês, essa prática se espalhou para o mundo inteiro sem seguir as condições do protocolo.

Iniciaram o bloqueio de puberdade para um grupo muito específico: a criança tinha que ter, no mínimo, 12 anos e uma história muito forte de disforia desde a infância; não poderia ter diagnósticos psiquiátricos que explicassem aquela questão e a saúde mental muito comprometida naquele momento; e uma família que apoiasse. Essa prática de bloqueio começou com velocidade e já se passou para as próximas condutas sem o devido embasamento.

Por isso, defendo essa mudança de idades, porque, vejam, condiz com a realidade e até poderemos oferecer um tratamento melhor, uma investigação mais profunda, outros tipos de tratamento, como psicoterapia e apoio psicossocial. Então acho que condiz com a prática clínica.

É isso. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Agradeço imensamente a sensível intervenção da Dra. Giulietta. Peço desculpas por atentar para o tempo, mas senão não consigo dar a palavra. Peço mil desculpas, doutora.

Na sequência, até por força de agenda, passo a palavra para a Dra. Nicole Tati von... – peço que ela fale o próprio sobrenome –, que é médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, especialista em neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia, e, também, tem aprimoramento em doenças degenerativas pelo Ambulatório de Cognição da Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

A palavra é de Vossa Excelência. Os nossos profundos agradecimentos.

A SRA. NICOLE TATI VON SCHAAFFHAUSEN – Boa tarde. Antes de falar de

disforia de gênero e doenças, acho importante falarmos um pouco, também, da fisiologia do corpo humano e da fisiologia do cérebro, especificamente. Como neurologista, acho que precisamos entender como funciona o nosso cérebro, como ele é formado, para daí adentrarmos o assunto de disforia de gênero.

Existem dois períodos importantes no desenvolvimento do cérebro: o primeiro, que vai até os três anos de idade; e o segundo, que vai da adolescência até a idade adulta. A compreensão desse desenvolvimento do cérebro e dos estágios da adolescência é essencial para entender como a identidade de gênero se relaciona com os outros aspectos da adolescência.

A maturação puberal do córtex pré-frontal refere-se ao processo de desenvolvimento e amadurecimento dessa região do cérebro durante a puberdade. É uma fase crítica da adolescência.

Vamos entender isso em partes.

O que é o córtex pré-frontal? O córtex pré-frontal é a região do cérebro localizada na parte frontal dos lobos frontais. É responsável pelas tomadas de decisão, planejamento, controle inibitório - controle dos impulsos -, julgamento social, regulação emocional, pensamento abstrato. Essa é a última região do cérebro que atinge a maturidade. É importante termos esse conhecimento.

O que acontece na puberdade? A puberdade é marcada por profundas transformações hormonais, físicas e neurológicas. No cérebro, ocorre uma verdadeira reestruturação, especialmente no córtex pré-frontal. É uma época em que existe uma neuroplasticidade muito importante no cérebro. Quais são as principais mudanças neurológicas? É uma fase em que ocorre a poda sináptica, em que o cérebro elimina conexões neurais pouco usadas, tornando o processamento mais eficiente. Segundo, há um aumento da mielinização, de modo que as vias neurais se tornam mais rápidas e eficazes. Terceiro, é um momento em que há uma maior conectividade com as outras regiões cerebrais, como o sistema límbico, que é responsável pelas emoções. Tudo isso leva a uma alta neuroplasticidade onde os circuitos

neurônais estão sendo formados.

Qual é a relação com os hormônios da puberdade? Os hormônios sexuais, como estrógeno e progesterona, influenciam o desenvolvimento do cérebro, incluindo o córtex pré-frontal. Isso afeta o controle emocional, o comportamento de risco, a sensibilidade a recompensas, a tomada de decisões. Acontece uma maturação tardia no córtex, que continua – isso é importante sabermos, termos esse conhecimento – amadurecendo até os 20 e poucos anos de idade – até os 25 –, o que ajuda a explicar por que os adolescentes e jovens adultos ainda estão desenvolvendo habilidades, como planejamento a longo prazo, controle de impulso, responsabilidade social e capacidade de julgamento e de decisão.

Em resumo, a infância, a adolescência e o início da vida adulta são períodos dinâmicos de desenvolvimento para a expressão de gênero, de desenvolvimento cognitivo e maturação geral do cérebro. Ao mesmo tempo, os jovens precisam navegar em um mundo cada vez mais complexo nessa fase. Então esse importante contexto de desenvolvimento precisa ser levado em consideração ao se pensar em como a incongruência de gênero ou disforia de gênero pode se desenvolver em qualquer indivíduo e em como lidar com isso da melhor forma, isto é, como cuidaremos desses jovens.

Falando um pouquinho sobre a formação das emoções, isto é, como se formam as emoções: na criança, no trato com as crianças, há uma espécie de condicionamento à base de punição e recompensa, porque os pequenos ainda não têm a racionalidade ativa. Então o sistema límbico está muito bem formado; mas o córtex pré-frontal, ainda não.

Somos corpo e alma – alma no sentido de *anima*, aquilo que dá vida –, essa é a nossa natureza. A parte passional das emoções é corpórea. Nós seres humanos, para que sejam movidas a nossa inteligência e a nossa vontade, precisamos do cérebro. Apenas no cérebro vivem bichinhos; apenas no cérebro há uns bichinhos chamados paixões, que são as emoções, que podem tanto ajudar como atrapalhar, conforme o tratamento que damos a elas. E há mais: para além das paixões, temos as conexões cerebrais, os neurotransmissores, sinapses, tudo isso.

As emoções – paixões, como tradicionalmente se falava – não são mais em si. Não estamos falando de moralidade. Elas precisam apenas ser ordenadas, geridas, educadas. A primeira coisa a se compreender é que os sentimentos das nossas crianças são, de certo modo, problemáticos, porque é como se o cérebro delas tivesse dois andares – apenas para conseguirmos imaginar.

No andar de cima, está a parte mais elevada, que é o córtex cerebral, que diz respeito ao controle das paixões, à capacidade de julgamento. No andar de baixo, fica a parte mais primitiva, onde são formadas as emoções, que é o sistema límbico. Muitas pessoas repetem que as emoções são fracas e que o importante são as ideias, mas isso não é verdade. As emoções exercem dentro de nós uma poderosa força motriz. Emoção vem do latim *emovere* ou *ex movere*, que é mover de dentro para fora. Então a gasolina da vida é justamente o conjunto das nossas emoções. São elas que nos levam a agir e, na falta do controle e manutenção, a explodir.

Os nossos filhos ainda não têm essa habilidade, porque o andar de cima – o córtex –, que é o da nobreza, do controle das emoções, sequer está plenamente construído e não estará totalmente pronto até, pelo menos, os 25 anos de idade. Então como uma criança conseguirá julgar, discernir se tem disforia ou não, se o córtex pré-frontal ainda não foi completamente formado, isto é, ainda não teve sua maturação?

Os sentimentos não são certos ou errados, verdadeiros ou falsos; são fatos do nosso mundo interior. O campo dos sentimentos não se confunde com o da moralidade. Não podemos falar em moral quando estamos falando de sentimento, porque isso está no andar de baixo. O campo da moralidade está no andar de cima, da racionalidade, que é o do córtex pré-frontal.

Não somos as nossas emoções; na verdade, temos o tempo todo dentro de nós umas dez emoções contraditórias. Um dia, acordo e posso ter vinte emoções diferentes no mesmo dia. Se nós adultos somos assim, imaginem uma criança. Na verdade, temos o tempo todo dentro de nós umas dez emoções, que podem ser belas, feias, contraditórias, e preciosas, se bem ordenadas.

Pode surpreender a muitos, mas uma grande janela de transformações cerebrais

acontece dos 9 aos 25 anos. Se para nós, hoje, adolescência tornou-se sinônimo de puberdade e rebeldia, os seres humanos antigos tinham por adolescente o simples homem em processo de maturação. Isso é o púbere, o adolescente.

Quando a criança nasce, seu cérebro não está plenamente formado; está menorzinho para facilitar a saída do parto. Depois, o crânio vai aumentando, as placas vão grudando, há todo um caminho de maturação.

Precisamos, de novo, lembrar dos dois andares do cérebro: o mundo inferior dos sentimentos, das paixões, das emoções, não se aplica à noção de certo e errado. De novo, não se trata de uma questão moral, não é para isso que viemos aqui. A nossa inteligência pode até avaliar moralmente os nossos sentimentos, mas isso não nos dará a resposta certa sobre o que fazer quando eles surgirem, como manuseá-los e direcioná-los de uma forma que não nos destruam.

Uma vez identificado o sentimento em questão, não se deve perguntar se ele é certo ou errado. A pergunta é: temos habilidade para lidar com ele? Essa é a pergunta fundamental e não podemos perdê-la de foco. A primeira habilidade nessa lida com os sentimentos é a de saber diminuir a sua intensidade, pois quem não consegue mitigar a força dos sentimentos termina cometendo loucuras.

Se a família fosse uma empresa, cada membro com seu cargo e sua função, a dos pais – a nossa função – em relação aos filhos seria de protegê-los, de ensinar-lhes a manejar essas emoções. A função dos filhos é a de experimentar. A criança está em uma fase de experimentação. É natural que uma criança vá experimentar e ter experiências de menino, experiências de menina. É uma fase de experimentação, mesmo, e tudo bem. Não há problema. A criança, conforme cresce, vai explorando as várias possibilidades do mundo que a rodeia. O ambiente que rodeia a criança interfere muito, também, nas suas experiências. E assim são as crianças. Elas precisam saber o que é e o que não é possível. E precisamos garantir que elas não sairão dessas explorações machucadas, física e emocionalmente. É isso o que os filhos esperam de nós.

Adentrando o assunto de disforia de gênero, as diretrizes da Sociedade de Endocrinologia da América afirmam que, dada a alta taxa – isso já foi dito em explanações anteriores –, dada a alta taxa de remissão da disforia de gênero após a puberdade, a reversão completa dos papéis sociais e o tratamento hormonal não são recomendados para crianças pré-púberes com disforia de gênero.

Já está muito bem documentado que a incongruência de gênero que se manifesta na infância e adolescência é amplamente superada e apenas uma pequena minoria das crianças pré-púberes apresenta desajustamento persistente, que evolui para um distúrbio completo.

Claramente, o aspecto mais delicado dessa complexa questão diz respeito às crianças na infância e adolescência. Partimos do princípio de que ninguém, hoje, está em condição de explicar por que algumas pessoas vivenciam conflito entre sexo biológico e identidade de gênero, especialmente em idade precoce. Existem várias teorias, várias ideias propostas, mas ainda assim, o tom de cinza supera – e muito – as certezas. Sempre fica a dúvida.

Portanto, o que deve ser feito diante de uma situação de disforia de gênero na idade pré-púbere? Há essa dúvida, ainda não temos a resposta. O que sabemos é que nos indivíduos pré-púberes, o desenvolvimento puberal também é bloqueado com os hormônios bloqueadores de gonadotrofinas, que são seguidos pela administração de hormônios intersexo. Aqueles que defendem a utilidade do bloqueio do desenvolvimento, alegando que é saudável e eficaz para melhorar o prognóstico de menores com disforia de gênero, argumentam que a pesquisa refuta amplamente essa ideia; mas já vimos que não. Afirma-se que o bloqueio puberal é útil para permitir o tempo necessário para aprofundar o diagnóstico, mas na realidade, não há um único estudo que confirme essa afirmação, enquanto há estudos que demonstram como o bloqueio puberal pode influenciar negativamente a disforia de gênero, cristalizando o quadro disfórico.

A alegação frequentemente usada de que quase todos os indivíduos com disforia de gênero confirmada na idade pré-púbere a mantém na idade adulta é refutada pelas estatísticas. Um estudo canadense relata a persistência de 12,2% de casos. Há outro estudo holandês publicado – depois, posso dar as referências para quem quiser – publicado em 2024 na *Archives*

of Sexual Behavior, em que foram seguidos 2.772 adolescentes dos 11 aos 26 anos, sendo acompanhados por 15 anos. Desses, 78% não apresentaram mais disforia, 19% reduziram-na, e somente 2% tiveram aumento da insatisfação.

Então em um total de, aproximadamente 2,8 mil crianças, somente 50 persistiram com o quadro, sendo a maioria do sexo feminino com menor autoestima global e que apresentavam problemas comportamentais e homossexualismo.

A insatisfação de gênero, embora seja relativamente comum na adolescência, em geral, diminui com a idade, como dito anteriormente, e parece estar associada a um autoconceito e saúde mental mais precários ao longo do desenvolvimento.

Também o DSM-5 aponta que 98% dos homens com confusão de gênero e 88% dos adolescentes recuperam sua identidade de gênero após a puberdade.

Em resumo, uma revisão sistemática abrangente da literatura Internacional conclui que o bloqueio puberal não melhora a disforia E isso foi publicado na revista *Pediatrics*, de 2018.

Quando pensamos nesse início de terapia em crianças e adolescentes, outro ponto importante para se ressaltar é a presença de doenças neurológicas, que podem ser a causa ou até fatores coadjuvantes da disforia.

Na Inglaterra, foi registrado que pacientes encaminhados para centros de disforia de gênero apresentavam comorbidades psiquiátricas em 40 a 50% dos casos, o que é muito; já em pacientes com Transtorno do Espectro Autista foi de 6 a 20% dos casos, lembrando que na população em geral, o número é de 0,6%.

Há outro estudo, também do Reino Unido, que mostra 62,5% das crianças tinham diagnóstico de, pelo menos, uma doença mental ou desordem do neuro desenvolvimento, como um autismo, antes de ter sido feito o diagnóstico de disforia de gênero. Não podemos esquecer disso.

Portanto, existem essas comorbidades que podem ser, muitas vezes, até a causa que está levando a um quadro de disforia de gênero. Na realidade, estamos dando um paliativo em vez de cuidar da causa, da criança.

Ademais, antes de falar de transição, social ou clínica, cuidemos dessas nossas crianças, frágeis, evitando atalhos que podem ser irreversíveis e marcar as suas vidas para sempre.

Os medicamentos usados para bloquear a puberdade não são aprovados para esse uso, tanto que causam alterações graves no cérebro dos adolescentes, e isso é importante lembrarmos, tanto a curto quanto a longo prazo.

Enfim, esses são apenas alguns alertas emitidos pelo Dr. Júlio Tudela, que é professor da Universidade de Valência. Ele diz: “O processo de maturação do adolescente envolve todo o seu corpo, sistema metabólico e endócrino, o sistema nervoso, ou seja, o cérebro; é uma fase mediada por hormônios, portanto, os medicamentos que bloqueiam a puberdade neutralizam o efeito desses hormônios, interrompendo a maturação da adolescente”

O uso desse tipo de bloqueador tem consequências muito prejudiciais. Esses medicamentos não são aprovados para esse uso. São medicamentos usados em caso de puberdade precoce, como já foi dito. E no caso de serem medicados em casos de disforia, acabam sendo usados por muito mais tempo, às vezes até pelo dobro do tempo, o que igualmente já foi mencionado, e daí os efeitos colaterais são, a longo prazo, incalculáveis, nem sabemos ao certo ainda.

Vejam, estamos falando de cérebro, que é nosso órgão mais nobre, não é mesmo? E hoje sabemos que a conectividade cerebral, a forma como os neurônios do nosso cérebro se conecta, o que fortalece a nossa personalidade, nos dá percepção do mundo e molda nosso exercício do livre-arbítrio, essa conectividade é controlada pelos hormônios, inclusive pelos hormônios sexuais estrógeno e progesterona.

Quando essa reestruturação hormonal do cérebro está se desenvolvendo rapidamente, o que ocorre durante a puberdade, se há uma interferência nesse processo bloqueando a ação desses hormônios, as pessoas que receberam essa interferência terão consequências incalculáveis no cérebro.

Além disso, a percepção está sempre presente na adolescência. Como esses

problemas de percepção são processos que exigem maturação, e esses processos se completam totalmente só no final da adolescência, então, percebam, se bloquearmos o processo de maturação no período adolescente, não daremos chance à biologia do indivíduo. Por isso, devemos sempre procurar aconselhamento médico multidisciplinar para tratar, devemos consultar especialistas para investigar as causas subjacentes. É muito comum os jovens que apresentem disforia terem sofrido abuso na infância, transtornos de déficit de atenção ou autismo.

Então se tudo isso não for tratado, introduziremos novos fatores de estresse para pessoas que já sofrem muito estresse.

E falando um pouquinho dos danos neurológicos, achei muito interessante quando me deparei com o estudo de uma revista da *lesbiansunited.org*, uma organização com base exclusivamente de lésbicas, com sede nos Estados Unidos. É um estudo bem extenso que recorre à análise de 300 fontes relevantes, sendo que a maioria delas se referem a estudos científicos revisados por partes.

Esses estudos mostram que o término da puberdade, como já sabemos, referem-se ao período da maturação física, cognitiva e sexual entre a infância e a idade adulta, que começa entre os 8 aos 13 anos nas meninas saudáveis, e, entre os 9 e os 14 anos nos meninos saudáveis.

Desse período até a maturidade, o hipotálamo produz um hormônio conhecido como o GnRH, que é o hormônio liberador de gonadotrofina, o qual se une aos seus receptores (GnRH), na hipófise, e induz as gônadas femininas ou masculinas a produzirem os hormônios sexuais, que são o estrogênio e a progesterona. Durante a puberdade, os hormônios sexuais provocam o amadurecimento sexual, o amadurecimento do cérebro e o estirão da adolescência.

Os fármacos bloqueadores da puberdade são conhecidos mais exatamente como agonistas de GnRH, bombardeando esses receptores do GnRH com um fluxo contínuo. O nosso hormônio GnRH é liberado em forma de pulsos e esses bloqueadores vão sendo bombardeados de forma contínua, acoplam-se nos receptores formando, assim, o que chamamos de *downregulation*, ou seja, eles impedem a ação do hormônio que seria produzido pelo nosso

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 52 DE 78

próprio corpo. Portanto, eles sobrecarregam esses receptores, forçando-os a se dessensibilizarem justamente com essa sobrecarga.

A dessensibilização dos receptores do GnRH impede a produção dos hormônios sexuais tanto nos menores, quanto nos adultos, mas nos indivíduos menores, impede também o processo de amadurecimento. Isso é como funciona, tem um pouco aí da fisiologia.

Já sabemos que existe, no cérebro, a presença desses receptores GnRH. Mas, vejamos, eles não estão somente relacionados com o sistema reprodutivo, porque, às vezes, todos temos a tendência a dividir o corpo humano em compartimentos, como se fosse uma máquina, que se divide mais facilmente. Claro, temos o sistema reprodutivo, o sistema neurológico, mas o funcionamento do corpo não é separado. Quando mexemos em algum órgão, afetaremos outro, certo? Então se existem receptores de GnRH no cérebro, ao mexermos nele, também afetaremos a função neurológica desse indivíduo.

Seguindo, então, existem receptores de GnRH no cérebro humano e uma extensa, uma grande quantidade de tecidos não reprodutivos, incluindo o recente descobrimento - e confesso que ao estudar isso, fiquei meio chocada – de que esses receptores existem no hipotálamo. Porém, o hipotálamo é uma parte do cérebro que está muito relacionado com a produção da memória, tanto que, ao estudarmos a demência na doença de Alzheimer, entendemos que a região do cérebro que está afetada é justamente o hipotálamo. (Pausa) Perdão, o hipocampo. A pessoa vai perdendo a memória porque o hipocampo está afetado.

Esse recente descobrimento aponta que há, no hipocampo, a presença desses receptores de GnRH, o que indica que podem atuar diretamente nestes, moldando, assim, a função cerebral.

Com isso, quero dizer que os mecanismos moleculares relacionados ao efeito terapêutico dos análogos de GnRH podem ser muito mais complexos do que se pensava originalmente.

Isso tudo ainda são das fontes dessa revista, desse estudo da organização *lesbians.org*,

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 53 DE 78

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) – Doutora, sem querer atrapalhar, mas já atrapalhando, peço para que possa se encaminhar para o final, por gentileza, e agradeço. Peço mil perdões.

A SRA. NICOLE TATIT VON SCHAAFFAUSEN - Claro, tudo bem, vou finalizar, realmente estou terminando, só vou falar um pouquinho dos danos cerebrais que acontecem e, para isso, mencionarei outros estudos.

Um deles, de 2019, mostra um dano na parte que regula as emoções. Percebeu-se a redução da cognição e da ativação memória, podendo levar a um maior risco de demência e de deterioração cognitiva.

Houve também pesquisas com crianças e adolescentes, em 2001, que mostram a diminuição significativa dos níveis de conhecimento intelectual durante o tratamento com a triptorelina.

Em um estudo com 30 meninos, o coeficiente intelectual também caiu de 100,2 para 93,1, que resulta numa perda global aí de 7,1 pontos.

Outro estudo mostra também uma diminuição do QI, de 8 pontos, em pessoas que se submeteram ao bloqueio hormonal.

E há outras investigações, em mulheres, por exemplo, que fizeram tratamento de endometriose com bloqueio hormonal, esses bloqueios foram utilizados para o tratamento de endometriose, e os dados resultantes apontaram 12% dessas pacientes com uma perda da memória durante o tratamento. Dessa porcentagem, 20% teve perda de memória que persistiu por mais de 6 meses depois do tratamento e outros 10% teve perda de memória irreversível.

Então o que estamos fazendo no cérebro dessas crianças. Será que vale a pena fazer um bloqueio hormonal com tantos danos, inclusive cerebrais e que, muitas vezes, esse mesmo bloqueio hormonal pode levar até ao quadro de demência, no futuro, sendo que, em alguns casos, são irreversíveis? Será que realmente é esse o caminho?

Acho que temos de sair dessa reunião com essas perguntas, porque, na minha opinião, não se brinca com o cérebro. (Palmas)

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 54 DE 78

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Muitíssimo obrigada, Dra. Nicole, por essa brilhante aula. Peço desculpas por não poder permitir o tempo que quisesse para falar.

Imediatamente, passo a palavra à Dra. Akemi Scarlet Shiba, médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em Psiquiatria de Adultos, da Infância e Adolescentes, Psicoterapeuta de Orientação Analítica de Adultos e da Infância e Adolescência, Psicoterapeuta EMDR de Adultos da Infância e Adolescência, pós-graduada em Perícia Médica, pós-graduanda em Bioética e Biodireito.

Gostaria de antecipar que nossos palestrantes Dr. Rafael Bruno e a própria Dra. Akemi precisam sair às 13h30, mas seguiremos com os nossos demais convidados e oradores e também as pessoas que se inscreveram para fazer uso da palavra até o final da audiência.

Dra. Akemi, por favor, tem a palavra.

A SRA. AKEMI SCARLET SHIBA - Boa tarde a todos. Antes de tudo, quero agradecer à Vereadora Janaina e ao Vereador Sansão. Esse tema é de extrema relevância, é importante esse debate científico, pois é muito complexo.

Falamos de crianças e adolescentes, não de adultos, com disforia de gênero. Minha apresentação é sobre a atualização do tratamento da disforia de gênero e da destransição. Aproveito para declarar que não tenho nenhum conflito de interesse com a indústria farmacêutica ou vinculação com algum partido político.

Primeiro, precisamos entender que houve uma mudança muito radical na população de disfórico de gênero. Era uma população que sempre existiu, mas com uma incidência muito rara desse conceito. Era sempre o mesmo perfil, mais meninos do que meninas.

O estudo feito pelo Professor da Psiquiatria da Universidade Karolinska mostrou, inclusive ele ganhou um prêmio por isso, na Suécia, em 2019, que estava ocorrendo uma mudança epidemiológica nesse perfil, já de 2015 para cima. Ele observou que houve um aumento de mais de 2,3 mil % no diagnóstico de disfórico de gênero na Suécia.

- Oradora passa a se referir a imagens exibidas na tela de projeção.

A SRA. AKEMI SCARLET SHIBA - Nesses outros dados, que são da Tavistoch, na

Inglaterra, a clínica que mais fez transição de gênero no mundo, vemos exatamente a mesma anomalia, o mesmo fenômeno epidemiológico, a partir de 2015, quando houve uma explosão de novos casos. Em 2020, verificou-se um pico maior ainda, e isso até 2022. E ali tem uma barra em preto, de 2010 para baixo, que era aquela incidência muito rara, sempre no mesmo perfil.

Esse perfil novo com o aumento explosivo de casos novos é de uma população muito heterogênea. Não é mais a mesma que aquela de antigamente. Antes, eram mais meninos do que meninas, agora têm mais meninas, do sexo biológico feminino, do que sexo biológico masculino, ou seja, isso se inverteu.

Na revisão sistemática, vários estudos estavam apontando que essa população tem um índice muito alto de Transtorno do Espectro Autista como comorbidade. A revisão sistemática vem justamente pegar todos os estudos já feitos, separar os que são de boa qualidade, tirar os que não são e, dali obter conclusões. Foi quando viram que realmente tinham consistência altamente positiva com o Transtorno do Espectro Autista os disfóricos de gênero. Então há muita comorbidade.

Existe também uma subcategoria que é disforia de gênero de rápido aparecimento. Isso não existia. Antes, no perfil, a criança dizia que tinha essa questão do gênero e os pais já estavam cientes. Mas, recentemente, nessa categoria, os pais relatam que os filhos nunca falaram nada, nem se queixaram em nada a respeito da questão de gênero e, de uma hora para outra, identificam-se como transgênero, ou seja, do outro sexo biológico do que o de nascença.

Isso mostra que essa população é muito diferente, não é bem conhecida ainda e precisa ser estudada. Além da quantidade, ela é também qualitativamente diferente da antiga.

Quem fala nesses temas de disforia de gênero na infância e adolescência, sempre lembrando que não estamos falando de adultos, e sim de crianças e adolescentes. Entende que é altamente complexo e envolve muitas áreas, tais como a epidemiologia, pois é necessário traçar o perfil dessa população, seus aspectos bioéticos, ainda muito pouco falado; abrange ainda a legislação, pois o ordenamento jurídico tem hierarquia; além dos fatos históricos, como os experimentos em seres humanos, esterilização, mutilação, destruição; e, claro, os

psíquicos, o sofrimento das famílias, por exemplo, assunto que, praticamente, também não é abordado, os choques, os diagnósticos. Tem 'n' aspectos que precisam ser olhados em conjunto.

O pessoal que lida com a infância e a adolescência precisa entender do desenvolvimento desses seres para separar o que é patológico do que é normal.

Até para a própria criança que conhece aquele corpo, que só aumentava de tamanho, ainda que tinha o mesmo formato, quando entra na puberdade, e ainda é uma criança, percebe aquele corpo começando a se transformar, a ficar diferente, mudar de forma, e não reconhece mais aquele corpo anterior, ela mesma começa a estranhar.

E é normal uma criança ficar, digamos assim, desconfortável com aquele corpo, envergonhada, sentir-se desengonçada. Isso é normal. Ela vai ter que se adaptar, começam as espinhas, vem a menstruação, a ejaculação, nascem os pelos, com formatos diferentes. Nada disso é doença, não é patologia.

Entretanto, o que sempre foi muito propagado é como se só existisse um tipo de conduta para atender os disfóricos de gênero, que seria a conduta afirmativa de gênero, ou seja, o paciente chega com queixas em relação ao gênero, fecham-se os critérios para a disforia de gênero, e o paciente é encaminhado para hormônios e cirurgias, mais posteriormente, e fica essa afirmação simplista da questão de transgênero. Porém, existem outras abordagens, que é o acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico. Existe muita comorbidade, então, como já disse, o Transtorno do Espectro Autista, a depressão muito grave, os traumas, o abuso sexual.

Aliás, é muito comum a criança ou o adolescente que sofreu o abuso querer eliminar as partes íntimas, ter nojo dos genitais, ter problemas de identidade. Portanto, há outras questões que precisam ser abordadas. E existe o fenômeno da espera vigilante, é outra abordagem, não fazer nada, só acompanhar e encorajar esse púbere a lidar com as mudanças do corpo. Isso é normal, isso você vai se acostumar. É menstruação, ejaculação, pelos, espinhas, mudança de voz. O adolescente, o púbere estranha muito isso. E a história natural mostra que mais de 80% das disforias de gênero se resolvem passando pela puberdade, e no final da adolescência espontaneamente.

Então tem um caminho de resolução espontânea, sem intervenções. Só que também têm estudos mostrando que se iniciar o bloqueio na puberdade, 90% vão pelo caminho da transição e vão até o final. Então a gente tem a história, o caminho natural é a maioria se resolver. Só que no momento que tu fazes um bloqueio, tu desvias essas crianças com disforia de gênero e tu faz elas irem pelo caminho da afirmação de gênero sem ter certeza de que elas poderiam ter se resolvido naturalmente. Então isso é bem importante, essa conduta é experimental. Então para quê fazer um experimento se tu tens a abordagem psicoterápica, psiquiátrica, se tem resolução espontânea, e fazer um experimento altamente arriscado, sem comprovação se tu tens várias, não alternativas, a própria resolução espontânea, é a natureza.

Então a Resolução 2265, a resolução antiga, a questão do bloqueio, pouco se fala que é experimental. Não se pode fazer em consultório, somente sob protocolo de pesquisa em hospitais credenciados que possam fazer. Então não é um tratamento consolidado, como o pessoal diz. Isso não é correto falar. Eles se basearam num parecer, o 08/2013, para fazer essa parte do bloqueio puberal. É um parecer altamente desatualizado, pegou toda a bibliografia de 2012 para baixo, com aquela população antiga que não existe mais. A nossa população agora é aquele pico que vocês viram, uma população muito diferente, que precisa ser estudada. Então toda aquela literatura que foi feita antigamente não serve mais para nossa população atual.

E o pessoal segue muito esse protocolo da WPATH, que seria o protocolo internacional. E praticamente toda a corrente de afirmação de gênero utiliza esse protocolo para atendimento da população trans. Eles se autointitularam cuidados padrão, mas foram eles mesmos que colocaram. E se basearam no protocolo holandês, então a resolução antiga estava baseada na WPATH, que é baseada nesse protocolo holandês. E quem criou esse protocolo holandês foi uma psicóloga, a Peggy Cohen-Kettenis, que é discípula do John Money. E então segue toda aquela linha de raciocínio dele, e ela teve um caso de sucesso, fizeram um bloqueio puberal, depois fizeram hormônios cruzados, e depois fizeram a cirurgia. É um caso de sucesso.

E isso começou a ser propagado e se tornou algo inovador. Só que naquela época não existia, aliás, existia a medicina baseada em evidências iniciando e a medicina baseada em

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 58 DE 78

evidências tem que mostrar muitos estudos, dados fortes e consolidados científicos para poder trazer para a clínica. Não é assim, eu tive um caso de sucesso, antigamente era meio assim, eu tive um caso de sucesso, aí todo mundo, ah vamos fazer. Mas agora a gente tem que ter um corpo forte de estudos, de evidências para transpor para a clínica. Então o protocolo holandês surgiu nessa época em que ainda não tinha a medicina baseada em evidência firme.

Então depois desse estudo de caso de sucesso, vieram mais dois estudos muito mal conduzidos metodologicamente, que não são válidos. E eles deram mais uma reforçada para essa prática inovadora, que começou a ser replicada antes da consolidação dos estudos para ver se realmente isso é eficaz, é seguro, eles já começaram a propagar como sim. E como, digamos, tinha essa divergência, começou na Clínica Tavistock, de Londres, a clínica que mais fez transição de gênero no mundo, começou a ter muitos conflitos, muitas denúncias, processos, e precisou ter uma intervenção do tipo Ministério da Saúde, lá da Inglaterra, fizeram uma auditoria.

Essa clínica é muito famosa, passou Freud, passou Jung, Winnicott, e uma das pessoas que processou a Clínica foi a Keira Bell, ela é um caso emblemático, tinha 16 anos, fez três consultas de uma hora, com 16 anos estava com disforia de gênero, já foi encaminhada para a mastectomia radical e hormônios cruzados. E aos 23 anos se deu conta que era muito nova para ter dado aquele consentimento, o problema dela não era de disforia de gênero persistente, ela tinha vários problemas familiares graves, e processou a clínica. E a partir dali há muitos processos acontecendo. Ela é, digamos assim, o caso mais famoso, foi uma das primeiras. E a partir dela houve essa intervenção. E a partir dessa intervenção, fizeram uma varredura nos dados da clínica, encontraram muitas irregularidades.

A Dra. Hilary Cass, pediatra muito reconhecida, membro vitalício da Câmara dos Lordes, uma profissional muito respeitada, ficou encarregada de fazer a varredura de todos os estudos que já foram feitos sobre disforia de gênero, desde o início, além da auditoria na clínica. E o que eles encontraram, esse relatório como a Giulietta mostrou, é um calhamaço, mas ele é extremamente sólido cientificamente. Então é importante que o pessoal leia antes de fazer

qualquer ilação.

Então a equipe que ajudou a Hilary Cass a fazer essa revisão sistemática é o pessoal da Universidade de York, a Dra. Hilary Cass não trabalha com transgênero. Então ela é independente, ela não tem conflito de interesse. E a revisão sistemática é isso, pessoal, é pegar toda a bibliografia, tudo o que já foi feito de estudos e separar os que são de boa qualidade e retirar os de má qualidade, porque eram muitos estudos que eles faziam, fizeram por temas do Relatório Cass, publicaram no British Medicine Journal, que também é uma das revistas de maior impacto no mundo, não é qualquer artigo que entra.

Então essas temáticas do Relatório Cass foram publicadas nessa revista. E os principais achados desse relatório, que o bloqueio da puberdade, que já foi falado, as evidências são muito fracas em dizer que isso melhora a saúde mental, como diz, não vai salvar. As evidências não são nem médias, são fracas, nenhum protocolo, a WPATH foi removida, não pode ser utilizada no Reino Unido, porque muito mal conduzida metodologicamente. E as revisões sistemáticas de todas as condutas, não há base confiável para dizer que traz benefícios, existe muita instabilidade diagnóstica. Então fazer essas condutas intervencionistas em uma pessoa que tem disforia de gênero transitória é uma iatrogenia, um erro médico, pode-se dizer.

E aqui as diretrizes, eles fizeram toda uma varredura sobre a WPATH, que o pessoal fala muito, mas é preciso entender esse protocolo. E fizeram revisões de todos os protocolos que também faziam afirmação de gênero, e usaram ferramentas para avaliar se esse protocolo foi bem feito. Então a maioria dos autores têm conflito de interesse, têm clínicas, são cirurgiões, são endocrinologistas que trabalham na área. Então tem que ter um número limitado de pessoas com conflito de interesse, não pode ser quase todo mundo. Eles não fizeram revisão sistemática, então a tendência é selecionar artigos que falem positivamente a respeito do protocolo e a maioria das diretrizes se citam entre elas, então é essa figura.

A oitava edição da WPATH citava vários protocolos, só que esses vários protocolos citavam a sétima edição da WPATH. Então é uma coisa circular, parece que é um monte de gente, o mundo inteiro está fazendo. Mas vai ver, eles estão fazendo entre eles, se autocitando

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 60 DE 78

e não fizeram revisão sistemática, não tem valor científico. E WPATH recebeu financiamento de um doador anônimo. Na medicina isso é muito ruim, tem que dizer, nós recebemos da indústria farmacêutica tal. Aí a pessoa tem... Ah, vou ver melhor, vou ter um olhar mais crítico, anônimos, já fica muito ruim, qual é a quantia? Não se sabe.

E aí, a partir do relatório da psiquiatria infantil da Europa, teve uma movimentação muito significativa. A ESCAPE é uma associação europeia de psiquiatria infantil, guarda-chuva, tem várias associações, mais de 20 associações. E a ESCAPE disse para todos os profissionais, fez um apelo, não promovam tratamentos experimentais desnecessários sem comprovação, apelo à bioética do princípio da não maleficência. Se pode causar um dano muito grande não faça, na dúvida não faça, que tem uma instabilidade muito grande de diagnóstico. Então, na infância e adolescência, e faltam pesquisas de qualidade, muitos países começaram a modificar a sua conduta em relação a isso.

A destransição é um fenômeno cada vez mais frequente, assim como aumentou a quantidade de disfóricos de gênero, aumentou a quantidade de destransicionados também. Uma população heterogênea que precisa ser estudada, e a maioria deles falou que é um processo deles, interno, e que a saúde mental melhorou drasticamente depois que eles destransicionaram, mas ainda tem que estudar muito essa população. Baixa estabilidade diagnóstica, então isso pode dar um problema, é importante os médicos terem cautela, porque você pode causar um dano enorme num caso que se resolveria mais adiante. E muitos processos, então os princípios da bioética, da não maleficência, na dúvida, não faça.

Então o médico, às vezes, querendo fazer o bem, se precipita, vai lá, indica uma conduta e depois a pessoa, anos depois, que é o caso da Keira Bell, se arrepende e já está com danos permanentes. Princípio bioético da justiça, então está alinhado com a nova resolução, os destransicionados precisam ter um ambulatório específico no SUS. Há vários jovens que destransicionaram, mas estão com prótese mamária, não tem dinheiro para fazer cirurgia, o SUS não dá. Batem na porta, há uns com silicone industrial, que aquilo ali entranha. Eles precisam fazer cirurgias especiais, eles batem na porta do SUS em vários hospitais, ninguém quer atender

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 61 DE 78

eles. Então essa realidade a gente tem que dar visibilidade à minoria das minorias, que são os destransicionados, que estão por aí sozinhos nessa caminhada. E fortes preocupações com a fertilidade, então também pouco se fala; então vários que fizeram toda o processo, a cirurgia, e se arrependeram, eles não podem mais ter filhos.

E também tem a questão do bloqueio puberal prolongado, isso pode não desenvolver as gônadas, testículos e os ovários, degenerar aquelas células germinativas, e depois não conseguem retomar. Então, a Lei Federal da Esterilização só permite a partir dos 21 anos. E a resolução antiga permitia fazer a cirurgia de redesignação a partir dos 18, só que não estava em consonância e a resolução é uma norma infralegal, ela tem que sempre seguir a hierarquia. Então a Lei Federal dizia que é a partir dos 21, como é que a partir dos 18 um adolescente vai fazer uma cirurgia que é esterilizante, que ele não sabe nem que faculdade ele vai fazer, imagina falar da sua esterilização. Então essa resolução atual se alinhou.

Pesquisas em seres humanos, as crianças são os vulneráveis, são os que devem ser mais protegidos de pesquisas em seres humanos, não serem expostos. Isso é o Código de Nuremberg, e agora a gente tem a lei do ano passado sobre pesquisa em seres humanos. E se a gente tem resolução espontânea, se a gente tem tratamento psicoterápico e psiquiátrico, se pode fazer a espera vigilante, apoiar essa criança, acolher ela, para que fazer experimentos que não tem comprovação. E agora a gente já tem tempo, não há nenhum estudo mostrando dados consolidados, então não tem por que expor as crianças.

E aí as questões bioéticas, a criança está com a puberdade normal, aí tu faz o bloqueio, é diferente da puberdade precoce, tu está colocando a criança no estado da doença, o corpo dela não está doente, mas aí tu faz o bloqueio, tu coloca ela em um estado de hipogonadismo. Aí o próprio médico está colocando a criança num estado de doença, e isso é ético? Então, os experimentos em seres humanos, nas crianças que são vulneráveis.

E aqui a gente tem o Relatório do Serviço de Saúde dos EUA, semelhante ao Relatório Cass, fizeram toda uma varredura da literatura e dos serviços. Os Estados Unidos são piores ainda, porque os pacientes falam que fizeram sessões, os destransicionados, uma sessão

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 62 DE 78

de duas horas, e já foram encaminhados para fazer hormônios, cirurgias e tal. Então eles falam que não há evidência, que a transição de gênero na infância e adolescência diminua a taxa de suicídio. A WPATH não seguiu aquele protocolo internacional, não seguiu as recomendações para realizar um protocolo sério. Então os pacientes destransicionados falaram que foi muito rápida a avaliação e já foram encaminhados. As evidências científicas são incertas dos benefícios, e realmente destransição, as pessoas que receberam essa indicação e destransicionaram, isso aqui é uma iatrogenia médica.

E a revista *Nature*, que o pessoal do CFM fez, publicou também, é uma das cinco maiores revistas, no mundo, de impacto e não aceita qualquer artigo. Então eles publicaram em defesa da resolução do CFM. E realmente, menores de idade é uma temeridade em tudo o que a gente já tem agora de bibliografia, não tem como a gente achar *ok*, tudo bem, vamos fazer. Então a resolução nova botou tudo em ordem. Então, o pessoal que diz, é um retrocesso, na realidade, eles avançaram, começaram a botar uma prática inovadora, sem a bibliografia básica de consolidação, de dizer que aquilo é eficaz e seguro. Agora a atual resolução já tem a parte, digamos, de estudos consolidados e mostrando que não traz benefícios, está botando tudo em ordem.

Então experimentos em crianças, o Tratado de Nuremberg, mesmo a Lei Federal, de evitar o máximo, ainda mais se a gente tem alternativas. A Lei de Esterilização entrou em ordem, então a resolução se alinhou com toda a legislação e retomou a medicina baseada em evidências, também a resolução fez isso, a hierarquia então do ordenamento jurídico e os princípios da bioética, dentre vários, o principal é não fazer o mal, na dúvida, não faça.

Então é isso, pessoal. Foi meio corrido.

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - MUITÍSSIMO obrigada, Dra. Akemi, pela intervenção. Antes de passar a palavra para nossa última palestrante, quero dizer que há vários inscritos já para fazer uso da palavra, vamos ficar aqui para que todos tenham essa oportunidade. E quero agradecer imensamente aos palestrantes, conselheiros do CFM, Dr. Raphael, Dr. Bruno, a própria Dra. Akemi, porque os três, por questões de agenda, vão precisar se retirar.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 63 DE 78

E enquanto me despeço deles, passo a palavra à Dra. Micaela Frasson Montero, com os agradecimentos, médica pela Faculdade de Medicina do ABC, tem residência em Clínica Médica pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, residência em endocrinologia pela Escola Paulista de Medicina, Unifesp, doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Endocrinologia e Metabologia da Escola Paulista de Medicina, Unifesp. Tem a palavra.

A SRA. MICAELA FRASSON MONTERO - Quero agradecer o convite, Vereadora Janaina. Minha contribuição hoje, como última palestrante, o grande ponto que eu quis trazer, qual é a importância do adolescente ou dessa criança, experienciar, viver a puberdade. Recorrer mesmo à fisiologia, porque quando a gente chega num momento em que estudos de revisão sistemática estão mostrando ali que a gente não tem benefício comprovado, a gente não tem robustez científica para manter essas crianças dentro desses experimentos. A gente pode recorrer também, dentro da medicina baseada em evidências, nos critérios de Houston, os critérios de causa e efeito.

E dentro desses critérios de causa e efeito, claro que tem o critério na força de evidência, mas um deles também é da plausibilidade biológica. E a isso a gente consegue recorrer a questão da fisiologia, não há nenhum conflito de interesse. E a puberdade, o que é e por que é tão importante? Então, a puberdade é um processo, são as manifestações biológicas que acontecem dentro da vida do adolescente, é uma mudança biológica, social, psicológica. E a puberdade se caracteriza pelas manifestações biológicas desse processo, dessa fase da vida.

E o que significa uma criança entrar na puberdade? O que ela vai experienciar nesse momento?

A puberdade, em um indivíduo saudável – e é público que essa é a nossa pauta –, faz com que essa criança, esse pré-adolescente, experiencie um crescimento e uma maturação do esqueleto, da saúde óssea, e também a maturação do sistema nervoso central, como já foi explicado, além das mudanças nas características sexuais e da maturidade para a fertilidade.

Como eu acabei de mencionar, acontecem muitas mudanças biológicas. E, dentre

os principais, desenvolvimento dos caracteres secundárias, aquisição da função reprodutiva, da fertilidade, que acontece na puberdade, o crescimento e a maturação óssea, bem como modificações neuropsíquicas.

A puberdade é caracterizada por uma orquestra entre algumas estruturas muito nobres. Ela começa pelo hipotálamo, que é parte do cérebro, é parte do sistema nervoso central, que tem neurônios produtores de hormônio – o GnRH.

Esses hormônios estimulam uma glândula mestra, que é como chamamos na endocrinologia a hipófise, que vai mandar outros hormônios que vão agir pelo corpo, principalmente nesses órgãos que vão desenvolver as características sexuais secundárias, além da fertilidade, e também interferir na saúde óssea.

E qual é a importância de a criança, o adolescente, viver e experienciar esses três níveis de desenvolvimento?

O GnRH começa com uma liberação de pulsos, que, com isso, desperta todos esses outros eixos, desencadeia todos esses outros fenômenos. Ele tem ação na hipófise, a glândula logo abaixo, responsável por estimular outros hormônios que vão produzir os esteroides sexuais.

O FSH e o LH, que são produzidos pela hipófise, são hormônios que têm ação nas células germinativas. E vejam como é importante esse processo para a maturidade da função reprodutiva do indivíduo: nesse momento, as células germinativas vão voltar a se diferenciar – porque existe uma diferenciação do sexo biológico que acontece intraútero.

A criança, até umas 12 semanas de vida, já tem uma diferenciação da genitália externa e interna, como um indivíduo de sexo feminino ou um indivíduo do sexo masculino. E é falamos “sexo biológico”, o sexo designado no nascimento, porque é isso que acontece intraútero. Essas células germinativas ficam num estágio silente do desenvolvimento e isso vão voltar a ser ativadas para a criança amadurecer, e, de fato, se tornar fértil durante a puberdade. E lembrando que, para que isso aconteça, é importante o processo não somente do início da puberdade, mas de todos os seus estágios.

Por fim, o que fazem os hormônios esteroidais? Por que é importante que essas

crianças vivam a puberdade sem ter um bloqueio da puberdade? O que acontece nesse período?

Esses hormônios esteroidais vão agir em caracteres sexuais secundários: desenvolvimento de mama na menina; no menino, vai haver um desenvolvimento maior do genital externo – pênis, testículos. Só que, além do desenvolvimento dos caracteres sexuais, também ocorre uma ação muito importante no osso.

Nas epífises ósseas existem receptores de estrógeno. E a ação dos hormônios estereoidais nessas epífises ósseas é o que caracteriza a importância de passar pela puberdade para a saúde óssea desse indivíduo.

Esses são os estágios, baseado no exame físico que o médico precisa fazer para caracterizar em que estágio está o desenvolvimento da puberdade.

Então não é só dizer assim: “Ah, aquele indivíduo teve contato com a puberdade”.

Ele começou a puberdade, porque, para entrar com o análogo de GnRH é preciso estar pelo menos no estágio 2, é preciso realmente ter iniciado a puberdade. Mas o que é iniciar a puberdade? Qual que é a realidade dessas crianças? É o segundo estágio, quando o testículo do menino aumenta de tamanho, passando de 4ml de volume testicular ou mais; e, nas meninas, caracteriza-se pelo aparecimento de um broto mamário.

É com essa realidade de entendimento do corpo que essas crianças são submetidas a esse bloqueio da puberdade, que recebem esses tratamentos. E esse desenvolvimento, nos estágios seguintes – estágio 3, estágio 4 – é seguido pelo desenvolvimento sexual.

Ressalto também a importância desse desenvolvimento para a identidade sexual do indivíduo. Junto de todo esse desenvolvimento de característica sexual dessas crianças e adolescentes, acontece a maturação óssea e psicológica. E é aí que entra o grande risco de dissociar essa puberdade dessa fase da vida, a adolescência.

A puberdade, como eu mencionei, sofre a ação dos esteroides, principalmente do estrógeno, para a saúde óssea. E é uma janela crítica para a aquisição de massa óssea. Ela responde, mais ou menos, por 40% da formação óssea total ao longo da vida.

E eu mostrei nesse gráfico, para que ficasse bem ilustrativo, qual a importância do

pico de massa óssea na puberdade.

A puberdade tem uma variação da idade cronológica. Esse gráfico é ilustrativo. Mas, quando a puberdade se inicia, o que precisamos mostrar é que existe um grande ganho de massa óssea nesse momento, mediado pela presença desses esteroides sexuais; há uma cadeia que precisa ser respeitada. Quando o indivíduo atinge esse pico, a massa óssea se estabiliza. E esse primeiro momento de ganho de massa óssea, essa curva ascendente, vai ser muito determinante para o quão saudável será esse processo de puberdade.

Chega-se a um pico na puberdade e depois se estabiliza. E depois dessa estabilidade, a partir dos 30 anos, isso declina. É natural, porque existe todo um equilíbrio de células que vão reabsorver o osso – isso também é importante para a saúde óssea. E aí é quando começa a declinar a massa óssea. E isso acontece em todos, na população em geral. Então vejam a importância de garantirmos uma boa saúde óssea nesse início.

Acontece também, durante a puberdade, o fechamento das placas de crescimento.

As epífises ósseas têm cartilagem nas pontas dos ossos longos. E é nessas cartilagens que vai se dar o processo de crescimento, onde o osso vai crescer. E quando o adolescente passa pelo processo de puberdade, esses esteroides sexuais vão ser responsáveis por um estirão. Então eles estimulam células de formação óssea, que implicam no ganho de massa óssea, mas, além disso, também tem o estirão.

Esse estirão, o famoso estirão da puberdade, acontece por causa dos hormônios sexuais, e é responsável por quase 20% da estatura final da criança. Pode-se chegar a 25 cm nas meninas e 28 cm nos meninos. E o atraso do fechamento dessas placas reduz a aquisição de massa óssea durante a janela mais importante da vida.

Vários pontos já foram citados, mas, com a minha apresentação eu quero chamar a atenção para dois pontos: a saúde óssea dessas crianças no futuro e a fertilidade.

Em relação às evidências que temos, há uma queda durante o uso do análogo do GnRH, algo que é sabidamente esperado. E a recuperação é incerta e incompleta.

Baseado nas evidências, as crianças que passaram por supressão, bloqueio da

puberdade, quando depois se tornam adultas, as mulheres transgêneros têm um déficit em relação aos homens cisgêneros – uma defasagem no potencial biológico delas –; e os homens transgêneros, depois que passam por um processo de supressão e recebem a terapia hormonal com testosterona, conseguem recuperar a massa óssea, atingindo níveis comparáveis a mulheres cisgêneros.

Bom, qual é o grande ponto da saúde óssea? E por que eu chamo a atenção para isso, principalmente para a defasagem nas mulheres transgêneros? Porque a baixa massa óssea está relacionada a risco de fratura.

Podemos dizer: “Mas risco de fratura? Tá bom, quebrou o osso”. Mas isso implica aumento de mortalidade, até porque fragilidade óssea aumenta o risco de mortalidade, de 20 a 25%, no indivíduo um ano após esse tipo de evento. Homens cisgêneros têm maior evento de fratura até os 50 anos que as mulheres cisgêneros. Então vamos pensar isso também para a população transgênero.

Apesar do que eu venho falar hoje aqui ser realmente reservado para as crianças e adolescentes com disforia, eu preciso também olhar para depois, porque, se elas passam por um bloqueio puberal agora, eu preciso saber em que risco isso vai implicar, depois, quando ela mantiver... A importância também da aderência no tratamento hormonal depois, porque ela fez toda uma supressão gonadal, sexual, e se ela não se expõe; se ela não tiver amplo acesso, se ela não tiver muita adesão ao uso desses hormônios cruzados, isso também vai acarretar problema de saúde óssea muito sério, muito grave. E isso também é um ponto para se chamar a atenção.

Em relação à fertilidade, o risco de infertilidade futura, quando os hormônios cruzados seguem em um bloqueio, realmente é muitíssimo alto. E vamos entender por quê.

Hoje em dia temos várias técnicas de reprodução assistida – entre elas, a criopreservação, a extração de tecido gonadal –; mas temos que lembrar que, para todas essas técnicas, nós não conseguimos dar acesso, pensando na nossa população, ainda mais vendo o crescimento tão grande desse diagnóstico.

Então qual vai ser a nossa realidade se tivermos que nos deparar com isso?

O que acontece na questão da fertilidade nas mulheres transgêneros que submetem ao uso da testosterona?

Mais uma vez: eu tenho que recorrer muito aos estudos com a população adulta porque vai ser o dia de amanhã dessas crianças. E quando esses hormônios atuam em células que ainda não tiveram pleno desenvolvimento, é de se esperar que tudo isso aconteça de forma muito mais drástica, com muito mais incapacidade na fertilidade dessas crianças quando são submetidas à hormonioterapia cruzada.

Efeito da testosterona no caso de homens transgêneros adultos: redução de volume ovariano e redução na função folicular – os folículos são onde estão as células germinativas, que vão dar origem ao óvulo que é liberado. Há uma diminuição da reserva ovariana desse número de folículos, o que pode afetar a qualidade dos óvulos e também a capacidade reprodutiva a longo prazo.

No caso das mulheres transgêneros quando são submetidas ao tratamento com estrogênio, há diminuição do volume testicular e da espermatogênese, levando à redução da produção e qualidade dos espermatozoides, afetando potencialmente a fertilidade.

Isso ocorre porque aqueles hormônios que eu expliquei lá atrás, quando falei sobre fisiologia, entre eles o FSH, estimulam o desenvolvimento dessas células. E se é feito um bloqueio, não vai continuar esse estímulo, essa maturação. Além disso, a própria regulação dos esteroides sexuais, e a importância disso para a fertilidade na vida adulta.

Já expliquei o neurodesenvolvimento nessa fase, que é mediada, inclusive, por hormônios esteroidais, pelo próprio GnRH, o próprio hipotálamo, que é uma estrutura do sistema nervoso central, é parte do cérebro. É um dos que sofre a ação do bloqueio. E os neurônios que vão fazer essa produção desse hormônio GnRH não produzem mais esse hormônio durante o bloqueio.

A maturação do córtex pré-frontal costuma ser tardia na adolescente. E qual é a importância disso, se bloqueamos esse processo num contexto de disforia de gênero numa

criança e num adolescente?

E é muito importante pensarmos sobre isso, já que falamos de questões com potenciais impactos irreversíveis: a questão da infertilidade, quando a criança é submetida a todo esse processo; a diferença da anatomia sexual. E também a importância de haver indivíduos que sejam mais aderentes para manter a hormonioterapia.

Quando a evidência é fraca e os efeitos podem ser duradouras, aplica-se sempre o princípio da prudência clínica, algo que já foi explicado nas explanações anteriores. Mas chamo a atenção para essa última revisão sistemática do *British Medical Journal*, falando sobre a falta de pesquisas de alta qualidade, e que nenhuma conclusão pode ser tirada sobre impacto da disforia na saúde mental, psicossocial, desenvolvimento cognitivo. Além disso, a saúde óssea e na altura desses adolescentes podem ser comprometidas durante o tratamento.

Também chamo a atenção, sempre, para a densidade mineral óssea.

E chamo a atenção para outra coisa também: depois que eles começam a hormonioterapia cruzada, em que eles aumentam a densidade mineral óssea, principalmente os homens transgêneros, eles se equiparam à população cis. Entretanto, temos que lembrar que pode até aumentar a massa óssea pelo exame de densitometria, mas não temos somente esse parâmetro para avaliar a saúde óssea. Existe também a arquitetura dessa saúde óssea.

O que acontece com a arquitetura? Essas são ferramentas que, aos poucos, vão entrar mais na prática clínica. Mas são perguntas para fazermos também.

E mais uma vez: se nós interferimos nesse processo de fechamento de placa de crescimento, qual é o risco de doenças de placa de crescimento? São doenças muito graves quando acontecem.

Existem também estudos que mostram aumento de lesões no joelho, principalmente das mulheres transgêneros que são submetidas ao bloqueio, e, depois, à hormonoterapia cruzada, o que reforça incertezas sobre os efeitos no neurodesenvolvimento e na sexualidade futura.

Aí eu me questiono: as altas taxas de persistência de disforia após o bloqueio

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 70 DE 78

mostram que não se trata de uma pausa neutra. Nesse tempo de espera, em que dizem “Vamos bloquear a puberdade”, aquele estágio que eu mostrei para vocês – o pré-púbere acabou de entrar na puberdade, e o menino com um discreto testicular. E vem toda essa questão de início de terapia. Ele fica completamente dissociado do grupo ao qual ele pertence.

Essa pirâmide para mostrar a importância de quando a gente tem mudança de conduta ou quando a gente quer persistir em estudos experimentais, como são importantes os níveis de evidência maiores são esses em verde na ponta da pirâmide, são ensaios clínicos randomizados, são meta análises desses ensaios clínicos randomizados - a gente não tem nem ensaio clínico randomizado até porque o risco de viés, se você vai separar esses grupos assim aleatoriamente até os locais onde vão ser dados esses tratamentos vão ser locais separados, enfim, existe uma dificuldade, uma complexidade muito grande.

Então, por fim, intervenções médicas em menores. O que diz a melhor evidência é realmente o que vem sendo visto é que esses bloqueadores e é uma terapia cruzada, as evidências para melhora de desfecho são muito fracas. Os sumários e as revisões convergem para que, realmente, isso a gente precisaria de mais robustez para manter esse grupo tão vulnerável nesses experimentos, nesses estudos.

Agradeço a atenção. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Muito obrigada, Dra. Micaela, por essa aula.

Haja vista o adiantado da hora, vou começar a chamar os inscritos da lista. Início pelos inscritos à distância, Sr. Felipe Barros; Sra. Camila Carvalho Dias Viana Miguel. Então, passo a palavra para Sra. Camila e, na sequência, chamo alguém do presencial. Sra. Camila não está. Chamo a Sra. Carla Dorgan Aguilera está presente.

Cada um terá três minutos, mas se puder otimizar, eu agradeço porque nós temos as comissões às 14h.

A SRA. CARLA DORGAN AGUILERA – Boa tarde.

Queria, primeiro, parabenizar a Vereadora pela excelente iniciativa e o Conselho

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 71 DE 78

Federal de Medicina porque é muito importante esse diálogo, e as exposições das doutoras foram excelentes.

Eu queria colocar só 2 pontos, doutora, que é o primeiro: a gente ouve falar, a gente vê o CFM sendo questionado, atacado, como se ele estivesse sendo retrógrado, mas, não, a gente viu hoje com as exposições, espero que tenha ficado muito claro - para mim, ficou, pelo menos, sou médica, também, acompanho esses assuntos. A questão de que eles estão em consonância com as principais evidências científicas, as mais atuais então, a gente já viu vários países engrenando nesse tipo de tratamento afirmativo do gênero na infância e viu que eles estão botando um pé no freio com o relatório CAS, com a questão da revisão do Guideline americano da AJS, então na verdade, não é uma questão de ser retrógrado. O CFM está atualizado e de acordo com as com as evidências mais atuais, agora com as revisões sistemáticas mais atuais. Então, isso eu acho bem importante a gente ver.

Outro ponto também que as doutoras levantaram, que é sensacional, é o seguinte: o principal, o pilar dessa terapia de afirmativa de gênero, se a gente tivesse alguém que faz esse tratamento falando, eles diriam para ganhar um tempo para o jovem, para o adolescente poder pensar melhor, sem essa pressa, e fazer a transição. Então, eles tentam parar um pouco, retardar a puberdade com esse argumento de ganhar um tempo para poder decidir se vai fazer a transição. E aí quando chega lá, depois de uns 4 anos, 3 anos, com a puberdade estacionada, eles revisam a questão, e a maioria, têm estudos falando em 100%, a Dra. Até comentou, acabam reafirmando a transição e seguem para os hormônios cruzados.

O discurso é o seguinte, olha como nós selecionamos bem os nossos pacientes, como a nossa, como a nossa primeira entrevista foi bem minuciosa e selecionou bem, mas isso é um erro, isso é uma falácia. Precisa tomar muito cuidado por quê? Por tudo o que elas apontaram aqui, o principal fator resolutivo sabido, conhecido, em literatura médica da disforia de gênero é a puberdade.

A partir do momento em que eu entro com uma intervenção que suprime a puberdade, eu estou tirando dessa criança, estou sequestrando dessa criança, o principal fator

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 72 DE 78

que ela vai ter para conseguir discernir a identidade de gênero dela.

Então, é por isso que, quando chega naquele segundo momento, a maioria continua com a mesma confusão e segue para os hormônios cruzados, porque elas não tiveram esse elemento principal para conseguir se descobrir, para conseguir perceber quem são.

Isso é difícil. É uma questão que acaba caindo em um engano e em uma falácia mesmo, e a gente precisa tomar bastante cuidado.

No final, essas crianças só vão perceber – só elencando essa questão da persistência quando não se tem essa intervenção, como a doutora mencionou, a persistência é muito baixa, as taxas de resolução chegam a 80-90%, têm estudos mostrando até 97%, então a resolução com a puberdade é muito alta.

Então, essas crianças que fizeram a transição e, provavelmente, não seriam os que persistiriam, só vão perceber isso muito depois, quando já têm mastectomia e outras questões.

Era só isso que eu queria pontuar, doutora.

Obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Muito obrigada, Dra. Carla Aguilera, pela intervenção.

Eu pergunto se o Dr. Danilo Martins Ortega, da Defensoria, continua? Posso seguir a ordem? É a Dra. Luciana, pergunto porque não sei se todos conseguiram falar, para dar chance para a Defensoria se manifestar.

A SRA. LUCIANA ARBELI BERNARDES - Bom dia, eu peço licença para ler.

Como Psicóloga da Defensoria Pública de São Paulo, eu atuo no Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade Sexual e de Gênero, Nudiversis, que é um espaço que atua na promoção dos direitos da população LGBTQIAPN+.

Eu vou falar sobre a saúde e o direito ao cuidado me baseando não em um entendimento individual meu, mas na definição da própria OMS sobre o tema.

“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

“A partir dessa compreensão, a Resolução atual do CFM parece impor graves restrições ao acesso de crianças e adolescentes trans ao cuidado singularizado, à dignidade e à vida. O argumento de proteger adolescentes trans de possíveis efeitos colaterais ignora o fato de que a ausência de um tratamento que leva em conta a escuta de suas necessidades particulares pode ser, significativamente, mais danosa.

Pesquisas nacionais e internacionais, inclusive no campo da psicologia, mostram que jovens trans privados de acesso a acompanhamento em saúde de acordo com suas demandas, apresentam maiores índices de depressão, automutilação e de ação suicida.

Por outro lado, o acesso a um ambiente de cuidado acolhedor, ancorado na escuta ativa, reduz esses índices e melhora, significativamente, os indicadores de saúde mental e de bem-estar social.

A Resolução do CFM não é uma medida de prudência, mas disposição ao sofrimento e a violência institucional. Ao negar o cuidado quando ele é indicado, seguro e acompanhado por equipe qualificada, me parece impossível não apontar aqui uma contradição ética e política que atravessa essa Resolução.

Enquanto adolescentes trans têm o acesso à hormonização restrito, crianças intersexo continuam sendo submetidas ainda em tenra idade a procedimentos cirúrgicos e hormonais irreversíveis, obviamente, sem seu consentimento e com um único objetivo de adequar seus corpos ao padrão binário e cis normativo de gênero. Essas intervenções são realizadas sob o discurso de normalização, sem a mesma cautela que agora se invoca para negar o direito das pessoas trans. Ou seja, quando a intervenção serve a manutenção do sistema sexo gênero cis normativo, ela é permitida. Quando visa a afirmar a vivência dissidente, ela é interdita.

Essa discrepância evidência que não se trata estritamente de uma preocupação médica com eventuais riscos, mas de uma disputa política sobre quem pode ter autonomia sobre o próprio corpo.

Em igual direção, o argumento apresentado nesta audiência de que, no caso da

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 74 DE 78

puberdade precoce, o cálculo risco-benefício justifica o uso de bloqueadores hormonais, enquanto no caso de adolescentes trans ou crianças trans o mesmo procedimento é visto como arriscado, evidencia a assimetria dos critérios clínicos aplicados.

O princípio da precaução não pode ser invocado de forma abstrata ou ideológica. Todas as crianças e adolescentes que não são tantos, como as falas aqui durante esta audiência fazem crer que estavam em tratamento com bloqueadores hormonais, encontravam-se vinculadas a protocolos de pesquisa em instituições devidamente credenciadas, sendo acompanhados por equipes multiprofissionais especializadas no tema e plenamente capacitadas para avaliar riscos e benefícios a partir de critérios sólidos e científicos, além, é claro, de estarem acompanhadas por suas famílias, cujas análises podem não se basear em critérios científicos, mas, certamente, se baseiam em evidências concretas das experiências cotidianas dessas crianças e jovens em seus diferentes espaços de sociabilidade.

Diante disso, é legítimo perguntar: essas famílias e esses profissionais da linha de frente do cuidado foram escutados na construção desse cálculo de risco benefício?

E, mais profundamente, quais os princípios efetivamente orientaram esse cálculo? Foram considerados apenas riscos biológicos ou também os riscos psíquicos, sociais e existenciais decorrentes da negação do acompanhamento?

O sofrimento gerado pela disforia, pela rejeição social e pela impossibilidade de reconhecimento foi incluído nesse balanço?

Frequentemente, pesquisas e protocolos científicos concentram-se em aspectos como memória, concentração, inteligência, considerados indicadores, objetivos de desenvolvimento ou capacidade. No entanto, dimensões igualmente fundamentais para a saúde e a manutenção da vida como reconhecimento social, a construção da identidade e a satisfação pessoal são, muitas vezes, ignorados.

Ignorar tais dimensões pode ser tão grave quanto outros efeitos, incluindo o risco de mortalidade.

Portanto, é essencial que pesquisas médicas e psicológicas dialoguem

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 75 DE 78

constantemente, criando protocolos integrados que considerem, simultaneamente, o que, afinal, é a saúde, segundo a própria OMS.

Penso, portanto, que a direção ética que precisa ser recolocada nesse debate é de que vidas e de quais riscos estamos realmente falando quando falamos em princípio, da precaução?

Por fim, não há neutralidade possível diante dessa Resolução. Crianças e adolescentes trans não são abstrações. Elas existem, vivem em nossos territórios, frequentam nossas escolas e delas são invariavelmente expulsas e buscam junto as equipes de saúde, apoio para compreender e afirmar quem são.

O que está em jogo aqui não é apenas o acesso a um tratamento médico, mas o reconhecimento da legitimidade de suas existências.

Obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Nós agradecemos a Dra. Luciana por sua participação.

Eu pergunto se a Sra. Maria Teresa dos Santos está ainda conectada; Sr. Antônio Hamilton da Silva; Sra. Georgia Casarotto; Sra. Pamela Santana Maroto; Sr. Henrique Oti Shinomata, para o qual daremos a palavra.

O SR. HENRIQUE OTI SHINOMATA - Muito obrigado.

Exmos. Srs. Vereadores, principalmente, a Sra. Janaina Paschoal, colegas e população de São Paulo. Eu sou médico de São Paulo.

Devemos zelar pelo bem-estar e pelo desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes de São Paulo, priorizando abordagens que não comprometam seu futuro físico e reprodutivo, alinhando-se com a crescente cautela Internacional e o posicionamento do CFM.

A infância e a adolescência são períodos de grande plasticidade e desenvolvimento. Intervenções hormonais em fase tão precoce são experimentos médicos com riscos desconhecidos a longo prazo e potencial de irreversibilidade que podem prejudicar a resolução natural da disforia, muito bem apresentado pelos ilustres palestrantes.

Gostaria de formular algumas indicações para poder ajudar as políticas públicas de São Paulo. Primeira adoção do princípio de precaução. Países com longa experiência no tema, como Reino Unido, Suécia, Finlândia, revisaram seus protocolos, adotando uma abordagem de espera vigilante que as políticas públicas se baseiem na cautela, priorizando a saúde e o desenvolvimento a longo prazo das crianças e adolescentes.

Considerar a implementação de restrições ou moratórias no uso de bloqueadores de puberdade e hormônios cruzados em menores, até que haja evidências robustas de segurança e eficácia a longo prazo.

Investimentos em uma pesquisa nacional com indicadores de desfecho a longo prazo, taxas de arrependimento, causas de incongruência de gênero brasileiras.

Priorização da saúde mental, psicoterapia nas CAPS Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. Focar no fortalecimento dos serviços de saúde mental e psicoterápicos para criança e adolescentes com a incongruência de gênero com primeira linha de tratamento, principalmente, também a capacitação de profissionais. Garantir que os profissionais de saúde envolvidos sejam amplamente treinados e informados sobre todas as perspectivas de risco.

Transparência e monitoramento. É criar mecanismos de monitoramento e coleta de dados transparentes para os tratamentos oferecidos.

Exmos. Srs. Vereadores e Exmas. Sras. Vereadoras; Janaina Paschoal, para meus colegas a população de São Paulo, agradeço a Câmara Municipal de São Paulo por abrir esse espaço para que possamos discutir a fundo esse tema e que possamos juntos contribuir para a construção de políticas públicas responsáveis.

É fundamental que esse debate ocorra aqui.

Muito obrigado. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Nós agradecemos o Dr. Henrique Oti pela participação.

Eu pergunto se a Sra. Tatiana Oliveira está conosco.

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 77 DE 78

A questão é a seguinte: eu tenho que descer para a CCJ, e eles vão precisar do plenário. Peço para aquelas pessoas que queiram se manifestar, nos enviem, por *e-mail*, e eu e comprometo a encaminhar para os palestrantes com os contatos, para que possam eventualmente, responder e se manifestar sobre as várias questões. Eu peço mil desculpas, mas, às 14h, nós começamos com as outras comissões.

Tem a palavra a Sra. Tatiana.

A SRA. TATIANA OLIVEIRA – Obrigada.

Eu sou cirurgiã pediátrica, então, eu trabalho com cirurgia em crianças há mais de 20 anos.

Eu só queria deixar uma pequena reflexão, porque acho que tudo o que tinha que ser falado já foi muito bem explanado, mas a gente tem que pensar um pouco, na questão da precaução. Eu faço um paralelo com vocês e com a questão do tratamento de obesidade, por que é que eu vou falar disso? Porque a obesidade é uma coisa que todo mundo sabe, porque está muito grande, muito prevalente, então, se tem uma população infantil com muito sofrimento, também, psicológicos e sociais.

Na obesidade, a gente discutiu também, porque você tem a cirurgia para obesidade e os tratamentos hormonais. Não se fazem cirurgias de obesidade, onde se tem irreversibilidade, como por exemplo, cortar segmentos intestinais, mudar o trânsito intestinal ou tratamentos hormonais, onde você vai mudar a regulação hormonal dessas crianças, não se fazem, mesmo em crianças com risco de vida iminente, crianças que não conseguem dormir deitadas - porque se elas deitarem devido ao peso, elas podem morrer de apneia - mesmo assim não se fazem, são feitos outros tratamentos: comportamentais, dietas e tudo. Por quê? Porque o risco, a longo prazo, de você mudar todo o funcionamento corporal de uma criança é imprevisível.

Então, por que é que na disforia de gênero a gente vai fazer?

Era isso que eu queria deixar. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Janaina Paschoal) - Muito obrigada, Dra. Tatiana, por essa consideração. Eu mesma não tinha conhecimento disto, então, agradeço essa informação.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 79

REUNIÃO: 21461 DATA: 22/10/2025 FL: 78 DE 78

Quero dizer o seguinte às pessoas que nos acompanham à distância ou às que estão aqui, o meu *e-mail* institucional janainapaschoal@saopaulo.sp.leg.br, o da minha assessora Karen que está conosco é karen.silva@saopaulo.sp.leg.br, eu vou ter que descer para a CCJ.

Eu peço à Karen e à Sofia também, à Juliane, que peguem os contatos das doutoras, se não tiverem, já deixei meus cartões aqui. As pessoas que desejem fazer perguntas específicas podem encaminhar ou para o meu e-mail ou para o e-mail da Karen. Nós nos comprometemos a encaminhar para as doutoras com os respectivos contatos, e eu tenho certeza de que elas como também os palestrantes que saíram antes ficarão felizes em poder responder.

Eu peço desculpas, mas eu entendo que os ouvir, no detalhe, foi importante.

Eu vou realmente precisar descer para CCJ, eu vou precisar dar a nossa audiência por encerrada.

Quero agradecer, imensamente, a participação de todos, especialmente, dos nossos palestrantes, que enriqueceram demais o debate.

Essa foi a primeira oportunidade, mas eu pedirei outras oportunidades para que nós possamos aprofundar esse diálogo. É um tema muito importante de saúde, da maior relevância.

Neste momento, declaro realizada esta audiência pública. Estão encerrados os trabalhos.

Muito obrigada.

Bom dia para todos.