Posicionamento conjunto sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina 2.427/2025 que revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero

A identidade de gênero é complexa e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, hormonais e neurológicos. Estudos em gêmeos univitelinos sugerem a possibilidade de genes relacionados ao dimorfismo sexual estarem envolvidos no desenvolvimento da identidade de gênero. A exposição do feto aos androgênios maternos também pode influenciar o neurodesenvolvimento fetal e o dimorfismo sexual cerebral. Estes achados representam um ponto de partida para futuras investigações e constituem uma hipótese biológica plausível que requer validação por estudos mais robustos.

A incongruência de gênero (IG) é o termo utilizado para definir a inconformidade entre o sexo designado ao nascimento e o gênero com o qual o indivíduo se identifica. O termo disforia de gênero (DG) pode ser utilizado em situações de desconforto ou sofrimento significativo associado a esta condição. As medidas comportamentais, a terapia hormonal (ou hormonização) e as intervenções cirúrgicas são possibilidades terapêuticas utilizadas para tornar o corpo mais congruente com o gênero de identidade, reduzindo desse modo os sintomas disfóricos e melhorando a aceitação pessoal. Indivíduos transgênero representam 0.69% da população de acordo com um estudo conduzido por pesquisadores brasileiros (Spizzirri G, *et al*. Sci Rep 2021).

A terapia hormonal é uma etapa importante no processo de afirmação de gênero, realizada após avaliação e acompanhamento com equipe multiprofissional. Está associada a melhora da qualidade de vida e redução de morbidades psíquicas como humor deprimido, depressão, ansiedade e isolamento social. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2.265/2019, a terapia hormonal poderia ser realizada a partir dos 16 anos de idade, desde que com o consentimento do indivíduo por meio do termo de assentimento e concordância expressa dos pais e/ou responsáveis legais por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. O bloqueio puberal poderia ser realizado a partir do estágio puberal Tanner II (primeiros sinais de puberdade), como parte de protocolos desenvolvidos em Centros de Referência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, seguindo rigorosamente as normas do Sistema CEP/Conep. Os procedimentos cirúrgicos poderiam ser realizados a partir dos 18 anos de idade, desde que os indivíduos estivessem em acompanhamento médico com equipe especializada há pelo menos um ano.

O CFM publicou uma nova resolução em 16 de abril de 2025 (Resolução CFM 2.427/2025), proibindo o uso de bloqueadores hormonais para crianças e adolescentes com IG, assim como a terapia hormonal em adolescentes com idade entre 16 e 18 anos. Foi proibida ainda a realização de procedimentos cirúrgicos com

potencial efeito esterilizador (neovulvovaginoplastia em mulheres transgênero; histerectomia e ooforectomia em homens transgênero) antes dos 21 anos de idade.

As evidências disponíveis respaldam a eficácia e a segurança da terapia hormonal em pessoas transgênero. Os estudos científicos crescem exponencialmente, atingindo mais de 2.800 manuscritos sobre este assunto em 2024 na base de dados "Pubmed". Ainda que haja lacunas de conhecimento no acompanhamento médico de pessoas com IG, a principal forma de ampliar as evidências disponíveis é por meio de estudos clínicos. Proibir este caminho não deve ser a solução proposta para melhorar o cuidado oferecido às pessoas transgênero. A nova resolução justifica que são necessárias evidências robustas para minimizar danos. Neste sentido, é importante lembrar que já existem diversos estudos mostrando baixas taxas de arrependimento e melhora da qualidade de vida de pessoas transgênero sob terapia hormonal ou submetidas a procedimentos cirúrgicos. Ademais, é imprescindível permitir que novas pesquisas continuem acontecendo.

As diretrizes internacionais recomendam que o início da terapia hormonal pode ser considerado a partir dos 16 anos de idade para indivíduos que apresentem capacidade mental suficiente para compreender e consentir com o tratamento, junto aos pais e/ou responsáveis legais. Postergar a terapia hormonal por mais dois anos, sem evidências que o justifiquem, pode acarretar danos emocionais e psiquiátricos. Pode ainda levar ao uso de hormônios sem aconselhamento médico, algo comum nesta população por uma histórica dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A nova medida propõe também postergar a intervenção cirúrgica por três anos em indivíduos que já atingiram a maioridade legal, estão em acompanhamento multidisciplinar pelo período mínimo de um ano e apresentam plena capacidade de consentir o tratamento.

Um artigo publicado em uma das principais revistas médicas internacionais, *New England Journal of Medicine*, avaliou 315 adolescentes com IG e média de idade de 16 anos. Os autores evidenciaram que ter aparência compatível com o gênero de identidade levou a melhora da satisfação com a vida e redução dos sintomas de depressão e ansiedade (Chen D, *et al*. NEJM 2023). Durante a puberdade, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários pode exacerbar o sofrimento e o desconforto com o próprio corpo, levar a cirurgias desnecessárias no futuro e à procura por alternativas terapêuticas não regulamentadas. O bloqueio puberal com agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) é um tratamento há muito estabelecido para crianças que apresentam início precoce da puberdade. Em pessoas transgênero, o bloqueio puberal permite um tempo maior para consolidação da identidade de gênero, sendo completamente reversível, uma vez que sua suspensão leva à retomada do desenvolvimento puberal conforme o sexo atribuído ao nascimento. Estudos recentes mostram que a redução da densidade mineral óssea durante os anos de bloqueio puberal é recuperada após a suspensão da medicação. Ainda assim, é recomendada monitorização regular da massa óssea durante todo o período de tratamento. Ressaltamos que as evidências disponíveis sugerem piores parâmetros ósseos em pessoas transgênero mesmo

antes de qualquer intervenção, o que pode ser atribuído à vulnerabilidade social destes indivíduos. Não existem evidências que suportem prejuízo da fertilidade com esta modalidade de terapia, sendo a mesma restaurada após interrupção do bloqueio.

A nova resolução cita as restrições ao uso de bloqueadores hormonais em alguns países europeus como Suécia, Noruega e Finlândia e sua proibição na Inglaterra. Mais uma vez, ressaltamos que o bloqueio de puberdade para adolescentes é permitido no Brasil somente em caráter experimental, como parte de protocolos desenvolvidos nos centros de referência que aplicam critérios rigorosos para conduzir estes casos. É imprudente extrapolar dados de complicações e taxas de arrependimento de países onde o bloqueio puberal tenha sido conduzido de forma menos criteriosa.

Estudos avaliando as taxas de arrependimento e de destransição são heterogêneos, com diferenças na idade de avaliação e definições não padronizadas. No entanto, dados de um estudo com protocolo criterioso e longo tempo de seguimento mostram taxas muito baixas, inferiores a 1% (Wiepjes CM, *et al*. J Sex Med 2018). Importante salientar que o bloqueio puberal só deve ser considerado após o início da puberdade, permitindo que o indivíduo vivencie o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, o que pode exacerbar os sintomas disfóricos e fortalecer o diagnóstico. Em condições fisiológicas a puberdade ocorre entre 8 e 13 anos nas meninas e 9 e 14 anos nos meninos. Uma vez que a maioria das pessoas com IG reconhece sua identidade de gênero ainda na infância ou na adolescência, a intervenção com agonistas de GnRH acontece quando a identidade de gênero está mais consolidada. Este achado é respaldado por um estudo norte-americano com 17.151 participantes, que reportou uma taxa de destransição de 13.1%. Em 82.5% desses casos, a destransição foi associada a fatores externos como pressão da família, estigma social e discriminação (Turban JL, *et al*. LGBT Health 2021). Dados similares foram observados em 720 adolescentes de uma coorte da Holanda, em que 98% dos participantes mantiveram o diagnóstico de IG e iniciaram terapia hormonal após o período de bloqueio puberal (van der Loos MATC, *et al*. *Lancet Child Adolesc Health* 2022). Ressaltamos que interromper a terapia hormonal não é sinônimo de arrependimento. Pessoas transgênero podem simplesmente não desejar usar hormônios nem realizar intervenções cirúrgicas.

Considerando que a terapia hormonal traz benefícios significativos sobre o bem-estar e redução de comorbidades psiquiátricas, os riscos do tratamento devem ser ponderados e discutidos de forma individualizada e com a participação do indivíduo e da família. Quando realizada por profissionais com formação e experiência na área, em caráter multidisciplinar, seguindo diretrizes internacionais de sociedades globalmente reconhecidas, o bloqueio puberal e a terapia hormonal em indivíduos jovens permitem atenuar o sofrimento do indivíduo, reduzir o risco de transtornos psiquiátricos graves e gerar novas evidências científicas a respeito das terapias propostas.

Diante das evidências científicas apresentadas, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a Associação Brasileira de Estudos em Medicina e Saúde Sexual (ABEMSS), a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR) vêm por meio deste posicionamento manifestar às autoridades competentes sua preocupação com a proibição do bloqueio puberal e da terapia hormonal em adolescentes com IG, entendendo que tais medidas podem acarretar danos significativos à saúde desta população que já vive em condições de vulnerabilidade.

As entidades científicas signatárias deste posicionamento reconhecem o Conselho Federal de Medicina como a instância legal responsável pela normatização e fiscalização do exercício da medicina no Brasil. Ressaltam, no entanto, o papel técnico-científico que elas têm no desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências atualizadas e no compromisso com a saúde da população, incluindo as pessoas transgênero. Como sociedades que congregam médicos especialistas envolvidos diretamente no cuidado desta população, reafirmam sua missão de promover conhecimento científico, apoiar a formação ética e técnica dos profissionais e contribuir para a construção de políticas públicas de saúde baseadas em evidências, que respeitem os direitos humanos e garantam o melhor cuidado médico possível.

Reiteramos, por fim, nossa disposição de, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina e com as entidades científicas pertinentes, aprofundar o debate e, juntos, avançarmos na construção de uma abordagem cada vez mais segura, ética e tecnicamente fundamentada sobre o tema.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)
Associação Brasileira de Estudos em Medicina e Saúde Sexual (ABEMSS)
Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)
Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR)

Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, de Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, Abdo CHN. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Sci Rep. 2021 Jan 26;11(1):2240. doi: 10.1038/s41598-021-81411-4. PMID: 33500432; PMCID: PMC7838397.

Silva ED, Fighera TM, Allgayer RM, Lobato MIR, Spritzer PM. Physical and Sociodemographic Features Associated With Quality of Life Among Transgender

Women and Men Using Gender-Affirming Hormone Therapy. Front Psychiatry. 2021 Jul 26;12:621075. doi: 10.3389/fpsyt.2021.621075. PMID: 34381383; PMCID: PMC8350045.

Monteiro Petry Jardim LM, Cerentini TM, Lobato MIR, Costa ÂB, Cardoso da Silva D, Schwarz K, Vaitses Fontanari AM, Schneider MA, Rosito TE, La Rosa VL, Commodari E, Viana da Rosa P. Sexual Function and Quality of Life in Brazilian Transgender Women Following Gender-Affirming Surgery: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 27;19(23):15773. doi: 10.3390/ijerph192315773. PMID: 36497848; PMCID: PMC9738734.

Chinazzo ÍR, Fontanari AMV, Costa AB, Lobato MIR. Factors Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempt in Brazilian Transgender Youth. Int J Environ Res Public Health. 2023 Feb 12;20(4):3215. doi: 10.3390/ijerph20043215. PMID: 36833910; PMCID: PMC9960929.

Chinazzo ÍR, Lobato MIR, Nardi HC, Koller SH, Saadeh A, Costa AB. Impact of minority stress in depressive symptoms, suicide ideation and suicide attempt in trans persons. Cien Saude Colet. 2021 Nov 15;26(suppl 3):5045-5056. English, Portuguese. doi: 10.1590/1413-812320212611.3.28532019. Erratum in: Cien Saude Colet. 2022 Feb;27(2):817. doi: 10.1590/1413-81232022272.23242021. PMID: 34787197.

Soll BMB, Fontanari AM, Brandelli Costa A, Chinazzo Í, Silva DC, Guadagnin F, Tramontina S, Lobato MIR. Descriptive Study of Transgender Youth Receiving Health Care in the Gender Identity Program in Southern Brazil. Front Psychiatry. 2021 Mar 4;12:627661. doi: 10.3389/fpsyt.2021.627661. Erratum in: Front Psychiatry. 2021 Jul 19;12:722544. doi: 10.3389/fpsyt.2021.722544. PMID: 33746795; PMCID: PMC7969635.

Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. LGBT Health. 2021 May-Jun;8(4):273-280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437. Epub 2021 Mar 31. PMID: 33794108; PMCID: PMC8213007.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. ENDOCRINE TREATMENT OF GENDER-DYSPHORIC/GENDER-INCONGRUENT PERSONS: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Endocr Pract. 2017 Dec;23(12):1437. doi: 10.4158/1934-2403-23.12.1437. PMID: 29320642.

van der Loos MATC, Klink DT, Hannema SE, Bruinsma S, Steensma TD, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT, de Vries ALC, den Heijer M, Wiepjes CM. Children and

adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. J Sex Med. 2023 Feb 27;20(3):398-409. doi: 10.1093/jsxmed/qdac029. PMID: 36763938.

van der Loos MATC, Hannema SE, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. Lancet Child Adolesc Health. 2022 Dec;6(12):869-875. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00254-1. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36273487.

Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011 Oct;16(4):499-516. doi: 10.1177/1359104510378303. Epub 2011 Jan 7. PMID: 21216800.

Chen D, Berona J, Chan YM, Ehrensaft D, Garofalo R, Hidalgo MA, Rosenthal SM, Tishelman AC, Olson-Kennedy J. Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. N Engl J Med. 2023 Jan 19;388(3):240-250. doi: 10.1056/NEJMoa2206297. Erratum in: N Engl J Med. 2023 Oct 19;389(16):1540. doi: 10.1056/NEJMx230007. PMID: 36652355; PMCID: PMC10081536.

Schagen SEE, Wouters FM, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ, Hannema SE. Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones. J Clin Endocrinol Metab. 2020 Dec 1;105(12):e4252–63. doi: 10.1210/clinem/dgaa604. PMID: 32909025; PMCID: PMC7524308.

Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. Pediatrics. 2020 Feb;145(2):e20191725. doi: 10.1542/peds.2019-1725. Erratum in: Pediatrics. 2021 Apr;147(4):e2020049767. doi: 10.1542/peds.2020-049767. Erratum in: Pediatrics. 2024 Jul 1;154(1):e2024067026. doi: 10.1542/peds.2024-067026. PMID: 31974216; PMCID: PMC7073269.

Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, de Jongh RT, Bouman MB, Steensma TD, Cohen-Kettenis P, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med. 2018 Apr;15(4):582-590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016. Epub 2018 Feb 17. PMID: 29463477.

Polderman TJC, Kreukels BPC, Irwig MS, Beach L, Chan YM, Derks EM, Esteva I, Ehrenfeld J, Heijer MD, Posthuma D, Raynor L, Tishelman A, Davis LK; International Gender Diversity Genomics Consortium. The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. Behav Genet. 2018

Mar;48(2):95-108. doi: 10.1007/s10519-018-9889-z. Epub 2018 Feb 19. PMID: 29460079.

Theisen JG, Sundaram V, Filchak MS, Chorich LP, Sullivan ME, Knight J, Kim HG, Layman LC. The Use of Whole Exome Sequencing in a Cohort of Transgender Individuals to Identify Rare Genetic Variants. Sci Rep. 2019 Dec 27;9(1):20099. doi: 10.1038/s41598-019-53500-y. PMID: 31882810; PMCID: PMC6934803.

Swaab DF, Wolff SEC, Bao AM. Sexual differentiation of the human hypothalamus: Relationship to gender identity and sexual orientation. Handb Clin Neurol. 2021;181:427-443. doi: 10.1016/B978-0-12-820683-6.00031-2. PMID: 34238476.