



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Adolescência

Disforia de Gênero

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleza Bermudez, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Halley Ferraro Oliveira, Lilian Day Hagel, Patrícia Regina Guimarães, Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradores: Alexandre Costa Val (Universidade Federal de Ouro Preto, MG); Alexandre Saadeh (Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, AMTIGOS); Bianca Machado Borba Soll (Programa de Identidade de Gênero/HCPA-PROTIG/RS); Carmita Abdo (Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo); Crésio Alves (Presidente do Departamento Científico de Endocrinologia da SBP); Cristiane de Freitas Cunha (MG), Dennis Alexander Burns (DF), Iolanda Maria Novadzki (PR); Karine Ferreira dos Santos (MG); Karine Schwarz (Programa de Identidade de Gênero/HCPA-PROTIG/RS); Mariane Bagatin Bermudez (RS) e Rosana Pereira Marques (PR).

Introdução

O pediatra poderá ser o primeiro profissional a ser procurado para conversar sobre a sexualidade e eventualmente sobre as variações de gênero das crianças e adolescentes, e deve estar capacitado para tal. Este documento científico foi elaborado com o objetivo de atualizar o pediatra sobre questões relacionadas a gênero, abordando o que hoje é designado como disforia de gênero, no intuito de informar e assegurar o seguimento adequado desses indivíduos e suas famílias, sobretudo enfatizando a necessidade de ouvi-los de modo individualizado e encami-

nhá-los quando necessário para um serviço de referência.

As crianças entre 6 e 9 meses são capazes de diferenciar, quanto ao gênero, vozes e faces.¹ Aos 12 meses, associam vozes masculinas e femininas a determinados objetos tidos como típicos de cada gênero. Embora mais nítido aos 2 anos, crianças de 17 a 21 meses de vida têm habilidade de se identificar como meninos ou meninas e apresentam brincadeiras relacionadas ao gênero.¹ A identidade de gênero tem início entre 2-3 anos de idade. Entre 6-7 anos, a criança tem consciência de que seu gênero permanecerá o mesmo.² Na maioria das pessoas, existe uma

conformidade entre o sexo biológico (características genitais presentes ao nascimento) e a identidade de gênero (a experiência emocional, psíquica e social de uma pessoa enquanto feminina, masculina ou andrógina definida pela cultura de origem). Entretanto, em alguns indivíduos existe uma incongruência entre o sexo biológico e a identidade de gênero. O estresse, sofrimento e desconforto causados por essa discrepância é chamado de disforia de gênero.²

Nos últimos anos tem-se observado um aumento do número de crianças e adolescentes que buscam avaliação médica devido à não conformidade de gênero. Os principais fatores responsáveis por essa tendência são: maior acesso a informações por meio da internet, maior exposição de variantes de gênero na mídia e mais diálogo entre pais e seus filhos sobre essas questões.²

Apesar dessa maior “abertura” em relação ao tema, crianças e adolescentes com variação de gênero ainda são alvos de *bullying*, rejeição, violência física ou verbal e ostracismo social que afetam sobremaneira seu bem-estar psicológico e não raramente causam ansiedade e depressão. Além da criança ou adolescente, os próprios pais podem ser criticados ou rejeitados por isso.

Na década de 1950, o sexologista neozelandês John Money foi o primeiro a propor que, além do sexo biológico atribuído ao nascimento, há uma outra face da sexualidade relacionada aos processos de aprendizagem e socialização, que se estabelecem entre dois e quatro anos de idade.³ Isso influenciou a concepção de identidade de gênero, que é uma construção complexa e absolutamente singular e envolve fatores biológicos, psicológicos, interrelacionais, sociais e históricos, por meio de uma interação complexa de genes, hormônios sexuais, socialização e desenvolvimento cognitivo.⁴⁻⁷

A maioria das pessoas apresenta conformidade entre o sexo biológico (características genitais presentes ao nascimento) e a identidade de gênero. Entretanto, em alguns indivíduos existe uma incongruência entre ambos.^{4,5} Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016)⁴, a

identidade de gênero se refere à experiência de gênero interna, profunda e pessoal de cada um, podendo ou não corresponder ao sexo de nascimento. A identidade de gênero existe dentro de um espectro, o que significa que compreende feminino, masculino e toda uma gama de variações e até de neutralidade entre ambos.⁷

Crianças e adolescentes que apresentam discordância entre o sexo biológico e a identidade de gênero podem ser alvos de *bullying*, rejeição, violência física ou verbal e ostracismo social, repercutindo negativamente na qualidade de vida e no bem-estar psicológico. A família, frequentemente, é alvo de críticas e rejeição, necessitando também da atenção do pediatra.^{1,2}

O que é disforia ou incongruência de gênero?

A identidade de gênero é uma categoria da identidade social e refere-se à autoidentificação de um indivíduo como mulher ou homem ou a alguma categoria diferente do masculino ou feminino.^{3,4,8} Pessoas cujas identidades de gênero não correspondem aos sexos biológicos atribuídos ao nascimento são nomeadas como transgêneros ou transexuais. Trata-se de um fenômeno heterogêneo que pode ganhar diferentes coloridos de acordo com a realidade psíquica, social e cultural de cada um.

A 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) categoriza o transexualismo como uma entidade nosológica pertencente aos transtornos de identidade de gênero (codificada como F64, F64.2 quando se trata de crianças ou F64.9 quando se trata de adolescentes).^{3,6,7}

Na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a Associação Americana de Psiquiatria (APA), reconhecendo as controvérsias relacionadas à sexualidade, criou uma categoria própria denominada *disforia de gênero*.⁷

De forma geral, ambos os manuais definem a condição disforia de gênero como um desconfor-

to ou sofrimento causados pela incongruência entre o gênero atribuído ao nascimento e o gênero experimentado pelo indivíduo.⁸ No DSM-5, a identidade de gênero é reconhecida como um conceito fluido, que engloba sentimentos sobre o corpo, sobre os papéis sociais relacionados, identificação de gênero e sexualidade, abrindo espaço para identidades alternativas que não se restringem ao estereótipo binário homem-mulher.⁸

Qual é a prevalência da disforia de gênero em crianças e adolescentes?

A prevalência de disforia de gênero não é bem conhecida devido a fatores culturais, metodológicos e, a partir de 2013, pela mudança do termo “transtorno de identidade de gênero”, do DSM-4 para “disforia de gênero”, no DSM-5.

Para indivíduos masculinos que se identificam femininos, a prevalência varia de 1:11.900 a 1:45.000 e para femininos que se identificam masculinos de 1:30.400 a 1:200.000.⁸⁻¹⁰ Segundo o DMS-5, a proporção entre meninos e meninas é 2:1 a 4,5:1 na infância e 1:1 a 6,1:1 na adolescência.

Qual é a etiologia da disforia de gênero?

A experiência de gênero resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos, hormonais, sociais, psíquicos, cognitivos e relacionais.^{5,7,8,10-13} Alguns estudos de neuroimagem têm demonstrado que adolescentes com disforia de gênero possuem características estruturais e funcionais semelhantes compatíveis com o sexo por eles desejado. No entanto, outros trabalhos não reproduziram esses achados.¹²

Diversos autores encontraram evidências, estudando gêmeos monozigóticos e genes envolvidos na gênese de esteroides sexuais e a

enzima aromatase, além de questões ligadas aos receptores para andrógenos e estrogênios.¹³⁻¹⁶ Também parece existir certa correlação entre influência hormonal pré-natal e o neuro-desenvolvimento cortical.^{17,18}

John Money, pioneiro no estudo da identidade de gênero, valorizava fortemente a maneira como a criança era educada pelos pais, porém observou que há outros fatores envolvidos como no caso que acompanhou de um menino que teve seu pênis acidentalmente mutilado. Embora tenha sido criado como menina, na adolescência, revelou que nunca havia se identificado como tal.¹⁹

Judith Butler, filósofa contemporânea, resalta que a sexualidade é definida por uma ordem discursiva que não é dada naturalmente, mas por dispositivos políticos e sociais que regulam o comportamento de modo heteronormativo e têm como base a coerência entre sexo biológico, gênero e desejo/prática sexual.²⁰ Nessa dinâmica, o ato de repetir ou subverter normas pré-definidas abre espaço para que o sujeito construa novas formas de estar no mundo, podendo provocar efeitos políticos no contexto social.²⁰

Qual é a história natural da não conformidade de gênero?

É impossível prever quais crianças com não conformidade de gênero irão persistir com esse problema na adolescência e vida adulta.^{12,21-23} Estudos mostram que a maioria das crianças pré-púberes com não conformidade de gênero voltarão a ficar satisfeitas com seu sexo biológico próximo à adolescência, embora, em algumas, exista uma tendência a orientação homossexual; esta informação de que a maioria das crianças e adolescentes resolverão bem e aceitarão bem o sexo biológico deve ser passada com tranquilidade e a minoria onde esta questão não se resolve deve ser acompanhada com atenção.⁹ Esse dado não significa, no entanto, que a identidade

de gênero tenha uma relação direta com a orientação sexual do indivíduo. Por outro lado, quando a disforia de gênero se inicia na adolescência, existe uma grande probabilidade dela se manter na vida adulta.¹¹

Quando a disforia de gênero é suspeitada na idade pré-escolar, estudos longitudinais mostram que 85% dessas crianças voltarão a ficar satisfeitas com seu sexo biológico, embora em algumas existisse uma tendência à orientação homossexual.¹³ Quando a disforia de gênero surge na adolescência, existe uma grande probabilidade dela se manter na vida adulta.¹³

É importante destacar que os estudos oferecem certa orientação, mas cada caso se apresenta como único. O pediatra deve participar junto à equipe multidisciplinar do seguimento destas crianças e adolescentes com postura atenta e cuidadosa, visando minimizar os riscos para cada sujeito, mas não fazer indicações de condutas sozinho.

Como se manifesta a disforia de gênero?

As crianças podem expressar a certeza de serem do sexo oposto ou não estar feliz com suas características sexuais, preferindo roupas, brinquedos, jogos e brincadeiras culturalmente ligados ao outro sexo.^{3,4} O grau dessa inconformidade pode ser de leve a intensa, associada ou não a distúrbios de internalização como ansiedade, depressão e isolamento social.⁵⁻¹⁰ O estigma social relacionado à disforia de gênero pode ser um dos fatores causais que gera discriminação a essa minoria de pessoas, com sofrimento significativo.

Nos (as) adolescentes, a inconformidade com o sexo biológico, evidenciada com as mudanças corporais da puberdade, pode desencadear problemas psicossociais. Dependendo do grau da incongruência e da forma como ela é socialmente acolhida, o quadro pode estar associado a algumas manifestações como ansiedade, de-

pressão, tentativa de suicídio, automutilação e isolamento social.^{11,13,21-26} Estudos têm mostrado que tais sintomas podem se constituir como transtornos psiquiátricos maiores, que influenciam negativamente o prognóstico. Daí a importância de identificar o início destas alterações e solicitar o acompanhamento psicológico/psiquiátrico conjunto.

Sabe-se que os transtornos de humor, transtornos de personalidade, uso e abuso de drogas e ansiedade são mais frequentes entre sujeitos com o diagnóstico de disforia de gênero, quando comparados com a população geral. O comportamento suicida também é maior, independentemente da presença de qualquer comorbidade psiquiátrica. O risco, no entanto, aumenta ainda mais quando há associação com depressão, ansiedade, uso indevido de substâncias e fatores sociais como rejeição e discriminação dos pais.

Nesse sentido, deve-se sempre ter em mente que o estigma social associado, nomeado como “estresse das minorias”, repercute negativamente na qualidade de vida e saúde mental dos sujeitos.²⁰⁻²⁸

Como diagnosticar disforia de gênero?

É importante o acompanhamento interdisciplinar do pediatra, endocrinologista, psicólogo, psiquiatra, assistente social, cirurgiões e enfermeiros na avaliação e acompanhamento destes pacientes.^{4,27,29} Outros profissionais como educadores e fonoaudiólogos também têm importante papel.³⁰

O diagnóstico de disforia de gênero é delicado, devendo ser realizado por uma equipe interdisciplinar. De forma geral, os critérios norteadores baseiam-se no DSM-5, onde se considera um período mínimo de 6 meses de incongruência acentuada, com preenchimento de 6 de 8 critérios para as crianças (Tabela 1) e no mínimo 2 de 6 critérios para os adolescentes (Tabela 2).⁸

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para disforia de gênero em crianças (DSM-5)⁸

DISFORIA DE GÊNERO EM CRIANÇAS
Critérios Diagnósticos
<p>A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo 6 dos seguintes 8 critérios (um deles deve ser o critério A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado) 2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por <i>cross-dressing</i> (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas 3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias 4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos por outro gênero 5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero 6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos ou atividades tipicamente masculinas e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas 7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual 8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.
<p>B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>

Tabela 2 - Critérios diagnósticos para disforia de gênero em adolescentes e adultos⁸

DISFORIA DE GÊNERO EM ADOLESCENTES E ADULTOS
Critérios Diagnósticos
<p>A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo 2 dos seguintes 6 critérios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas) 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas) 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a um gênero alternativo diferente do designado). 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado) 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
<p>B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>

Como tratar a disforia de gênero?

A equipe multidisciplinar como citada acima deve ser obrigatória no acompanhamento destes pacientes.

As questões aqui levantadas apontam para a vastidão e complexidade da problemática da intersexualidade, estimulando reflexões éticas e a necessidade sempre do acompanhamento a longo prazo, enfatizando que o pediatra não deve orientar sozinho nenhuma das condutas e sempre recorrer à equipe multidisciplinar.

Até um passado recente, a abordagem médica para mudar as características referentes ao sexo atribuído ao nascimento não teve sucesso, sendo considerada antiética.^{28,30} A avaliação clínica inicial deve privilegiar o sujeito, acolhendo-o de forma empática e integralizada. Um acompanhamento individualizado e contínuo é indispensável nestes casos e o pediatra tem um papel fundamental de aconselhamento e encaminhamento para o acompanhamento psicológico do adolescente e seus familiares. Deve-se identificar se o indivíduo preenche os critérios diagnósticos, se apresenta interesse em realizar intervenções clínicas ou cirúrgicas para mudança de gênero no futuro, avaliar o suporte social (sobretudo para o paciente e a família), assim como os aspectos relacionados à saúde mental.^{31,32}

A terapia hormonal e a cirurgia, que podem vir a ser necessárias em alguns casos, só devem ser orientadas em centros de referência após um período prolongado de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e têm indicações precisas devido aos vários problemas sociais e de comportamento enfrentados por estes pacientes. Há alguns relatos de taxas de satisfação de 87% dos pacientes MtF (indivíduos com sexo biológico masculino e identidade de gênero feminina) e 97% os pacientes FtM (indivíduos com sexo biológico feminino e identidade de gênero masculina).^{33,34} A insatisfação pode acontecer, sendo de 1 a 1,5% dos pacientes MtF e menor de 1% dos FtM.³⁵

Frente a casos de desconforto com o sexo biológico, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ouvir, orientar e auxiliar na tomada de decisões.¹⁹ Alguns pacientes procuram apenas a terapia hormonal. Por isso, a cirurgia de redesignação sexual é geralmente adiada até o paciente ter atingido uma transição satisfató-

ria de papel social, após tratamento hormonal e liberação pela equipe de saúde mental após acompanhamento prolongado.^{30,33}

O protocolo da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) prioriza a aceitação de gêneros variantes e a construção de um suporte social para saúde e bem-estar para reduzir o estresse desses pacientes e suas famílias.³⁶

As várias opções de tratamento da disforia de gênero são discutidas a seguir, enfatizando-se que sempre o tratamento psicológico/psiquiátrico precisa ser realizado de modo prolongado. A equipe multidisciplinar em centros de referência é indispensável para abordar a complexidade da situação:

– Tratamento psicoterápico

A psicoterapia está indicada para que a criança e o(a) adolescente estejam confortáveis com a evolução da sua sexualidade com melhora da ansiedade e para que se desenvolva um autoconceito positivo.³⁷

A psicoterapia (individual, casal, família ou grupo) deve ter o foco na identidade de gênero, preconceito, apoio social, imagem corporal, promoção da resiliência e suporte para lidar com os sintomas psíquicos associados ao quadro. Sugere-se que ela seja realizada antes e após a cirurgia, mantendo o seguimento até a vida adulta.³⁸

Um tratamento com orientação psicanalítica tem seu lugar, considerando que se trata de uma questão sobre a existência e o lugar que cada um ocupa ou não um desejo, que vai muito além de promover uma adaptação. Um pediatra que tem essa orientação ética, pautada na singularidade do caso, na construção da relação médico/paciente, pode ser de grande valor para esses pacientes, indicando a atenção psicológica mantida durante a adolescência.¹³

Os adolescentes e suas famílias devem receber suporte na expressão da sua identidade sexual, sequência de mudanças no papel de gênero e transição social. Por exemplo, o indivíduo pode frequentar a escola com transição social parcial

(usar roupas e um penteado que reflete a identidade de gênero) ou completa (utilizar também um nome e pronomes congruentes com a identidade de gênero). Outras questões incluem: o momento para informar aos outros a identidade real e a postura perante à reação alheia, modificações do corpo, pois, para alguns, a cirurgia pode ser essencial.^{42,43 39,40}

– Orientações sobre alterações na expressão de gênero e assistência social^{41,42}

- Terapia da voz e de comunicação para desenvolver habilidade de comunicação verbal e não-verbal;
- Depilação por eletrólise, a laser ou com cera;
- Utilização de faixas peitorais/coletes ou enchimentos de mamas, ocultação genital ou próteses peniana ou de mama, enchimento dos quadris e glúteos;
- Mudanças de nome e sexo nos documentos de identidade;
- Recursos, grupos ou organizações comunitárias de apoio entre pares, pessoal ou *online* que forneçam vias de apoio social e promoção de direitos;

- Recursos de apoio para as famílias e amigos/as, pessoal ou *online*.^{2,41,42}

– Tratamento hormonal

Este tratamento só pode ser realizado por endocrinologista com experiência na área, em conjunto com a equipe multidisciplinar, pois são muitos os efeitos colaterais significativos e devem ser explicitados claramente aos pacientes e familiares. Idealmente estas intervenções devem ser adiadas até que de fato haja uma opinião consistente da equipe de um centro de referência para que sejam iniciadas. Não cabe ao pediatra orientar este tratamento hormonal. Os critérios para intervenção hormonal compreendem: (1) O(A) adolescente demonstra um padrão duradouro e intenso de não conformidade de gênero ou disforia de gênero (seja velada ou expressa); (2) A disforia de gênero surgiu ou piorou com o início da puberdade; (3) O(A) adolescente tem condições biopsicossociais para manter o tratamento (avaliar riscos associados, apresentados na Tabela 3); (4) O(A) adolescente/pais ou responsáveis assinaram o consentimento médico informado do tratamento. O pediatra não deve prescrever tais medicamentos.⁴¹

Tabela 3: Riscos associados à terapia hormonal⁴¹

Grau do risco	Hormônios feminilizantes	Hormônios masculinizantes
Risco aumentado	Doença tromboembólica venosa Colelitíase Aumento das enzimas hepáticas Ganho de peso Hipertrigliceridemia	Policitemia Ganho de peso Acne Alopécia androgênica Apneia do sono
Risco aumentado com presença de fatores de risco adicionais	Doença cardiovascular	
Risco aumentado possível	Hipertensão Hiperprolactinemia Prolactinoma	Aumento enzimas hepáticas Dislipidemia
Possível risco aumentado com presença de fatores de risco adicionais	Diabetes tipo 2	Desestabilização de alguns transtornos psiquiátricos Doença cardiovascular Hipertensão Diabetes tipo 2
Não há risco aumentado ou inconclusivo	Câncer de mama	Perda da densidade óssea Câncer de mama Câncer de colo de útero Câncer de ovário Câncer de útero

As intervenções reversíveis ou parcialmente reversíveis podem ser realizadas no Brasil conforme parecer do Conselho Federal de Medicina nº 8/2013.⁴²

O tratamento hormonal é dividido em duas etapas: (1) Supressão puberal, e (2) Hormonioterapia para reafirmação da identidade de gênero.^{31,41}

Supressão puberal (intervenção totalmente reversível)^{37,41-43}

A supressão do desenvolvimento puberal é indicada para que o(a) adolescente possa ter tempo para explorar sua identidade sexual, reduzindo as preocupações com as alterações corporais induzidas pela puberdade, além de dar tempo aos pais para se familiarizarem e entenderem essa nova situação.³⁹

Antes de ser iniciada é importante avaliar se a não conformidade de gênero é persistente ou está se acentuando com o surgimento das características sexuais indesejadas. Também devem ser considerados outros fatores como: suporte psicológico permanente, entendimento das mudanças físicas e dos riscos da terapia e assinatura do termo de consentimento e assentimento informado pelos pais e/ou pelo adolescente.^{39,42,43}

A supressão puberal é iniciada pelo menos no estágio 2 de desenvolvimento e maturação puberal, segundo os critérios estabelecidos por Tanner, independente da idade cronológica, com o objetivo de suprimir a produção dos esteroides sexuais e consequentemente, retardar as mudanças físicas do início da puberdade (alterações da voz, aumento da massa muscular e pelos faciais no sexo masculino; e desenvolvimento mamário e menstruação no sexo feminino). A importância em se aguardar o estágio 2 consiste na possibilidade de permitir ao adolescente que experimente a puberdade de acordo com o seu sexo natal e no fato de que, para melhores resultados funcionais no caso de cirurgias como a construção de neovagina, é ideal um ganho de comprimento prévio do falo.^{39,42,43}

Entretanto, alguns indivíduos só iniciam a supressão puberal mais tarde, nos estágios 3-4

de Tanner. Nessa fase, a terapia hormonal ainda é capaz de regredir algumas características sexuais, impedir a progressão puberal e cessar menstruações e ereções. Quando a terapia de supressão hormonal é iniciada no final da puberdade, estágio 5 de Tanner, as características sexuais já são irremediavelmente bem estabelecidas.^{39,42,43}

A supressão do desenvolvimento e maturação puberal pode ser mantida por alguns anos, até o momento em que se define a terapia de reafirmação, quando então se modifica a terapia para um regime de reposição de hormônio feminilizante ou masculinizante. A supressão puberal não leva inevitavelmente à transição social ou à alteração de identidade. A mudança de um estágio para outro deverá ocorrer após a assimilação plena dos efeitos das intervenções anteriores pelo adolescente e seus pais.^{39,42,43}

Os medicamentos usados para supressão puberal são:

- Agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (aGnRH) são os medicamentos de escolha.³¹ Agem diminuindo a secreção hipofisária do hormônio luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH), reduzindo a secreção de esteroides sexuais pelos testículos (testosterona) e pelos ovários (estrógenos). Essa supressão, com duração média de 2 anos, é totalmente reversível com retorno do desenvolvimento puberal após a suspensão do agonista do GnRH.³⁹ Apesar de reversível, o uso de análogos de GnRH pode trazer prejuízos na manutenção da fertilidade pela dificuldade de produção de óvulos.^{8,39}
- Medroxiprogesterona: Tratamento alternativo, indicado quando da indisponibilidade do aGnRH. A medroxiprogesterona atua reduzindo a produção de gonadotrofinas e inibindo a secreção de esteroides sexuais nas gônadas, em indivíduos do sexo masculino ou feminino.³¹
- Acetato de ciproterona, espironolactona e finasterida: Antiandrogênicos indicados para diminuir os efeitos androgênicos em indivíduos

do sexo masculino que deseja se afirmar como do sexo feminino.^{39,41}

Hormonioterapia para reafirmação do gênero (intervenções parcialmente reversíveis)

Essas intervenções incluem a terapia hormonal para masculinizar ou feminilizar o corpo (*cross-sex hormonal therapy*) de acordo com a identidade de gênero escolhida pelo indivíduo. Adolescentes elegíveis para iniciar a terapia hormonal devem ter o consentimento dos pais, sincronizada com a equipe.²² Algumas mudanças induzidas por hormônios necessitam de cirurgia reconstrutiva para reverter o efeito (ginecomastia causada por estrógenos), enquanto outras são irreversíveis (voz grave causada pela testosterona).^{39,42,43}

Antes de prescrever esses hormônios é fundamental avaliar os riscos e complicações a eles associados.^{39,42,43} Para o adolescente genotipicamente masculino (mulher-trans) que irá repor estrógeno, deve-se avaliar e monitorar: risco elevado de trombose venosa profunda, hiperprolactinemia, disfunção hepática grave, hipertensão arterial, diminuição da libido e tumores estrógeno-sensíveis.³⁹ Para o adolescente genotipicamente feminino (homem-trans) que irá repor testosterona, deve-se avaliar e monitorar: dislipidemia, policitemia, aumento de enzimas hepáticas, acne e alopecia androgenética.⁴³

Os hormônios utilizados para reafirmação de gênero são:

- Estrógenos: usados para desenvolver características feminilizantes (ex: desenvolvimento de mamas, voz mais aguda, diminuição de pelos corporais de padrão masculino).⁴³
- Testosterona: usada para desenvolver características masculinizantes (aumento do clitóris, voz grave, aumento de massa muscular, pêlos faciais).

Os efeitos e o tempo esperado da ação do tratamento hormonal estão dispostos nas Tabelas 4 e 5.^{41,42}

Tabela 4: Efeitos e tempo esperado de ação dos hormônios masculinizantes^{37,41}

Efeito*	Início do efeito	Efeito máximo esperado
Pele oleosa/acne	1-6 meses	1-2 anos
Pilificação facial/corporal	3-6 meses	3-5 anos
Perda dos cabelos	>12 meses	Variável
Aumento da musculatura	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição adiposa	3-6 meses	2-5 anos
Cessaçãoda menstruação	2-6 meses	Variável
Aumento do clitóris	3-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 anos
Voz grave	3-12 meses	1-2 anos

Tabela 5: Efeitos e tempo esperado de ação dos hormônios feminilizantes^{37,41}

Efeito	Início do efeito	Efeito máximo esperado
Redistribuição adiposa	3-6 meses	2-5 anos
Diminuição da musculatura	3-6 meses	1-2 anos
Pele menos oleosa, áspera	3-6 meses	Desconhecido
Diminuição de libido	Variável	1-2 anos
Diminuição de ereção espontânea	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Crescimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção espermática	Variável	Variável
Diminuição da pilificação corpo/face	6-12 meses	>3 anos
Padrão masculino de calvície	1-3 meses	1-2 anos

Tratamento cirúrgico (Intervenção irreversível):

O tratamento cirúrgico só deve ser cogitado após a maioridade e é indicado para mudar características primárias e/ou secundárias do sexo (mamas, tórax ou órgãos genitais externos e internos, características faciais, voz, contorno corporal) e está apresentado na Tabela 6, enfatizando-se uma série de complicações e apenas deverá ser realizado em centros de referência.^{25,32,34}

Nos serviços internacionais, geralmente iniciam-se cirurgias como a mastectomia a partir dos 16 anos e a transgenitalização é postergada para a maioridade.³⁷ No Brasil, as cirurgias podem ser realizadas pelo Serviço Único de Saúde

(SUS) somente a partir dos 21 anos de idade, nos serviços especializados e de referência.^{40,44}

A equipe de saúde mental deve auxiliar sempre no preparo emocional do paciente com expectativas claras e realistas, após ter vivenciado 12 (doze) meses congruentes no gênero desejado e o termo de consentimento assinado. Opções reprodutivas devem ser exploradas antes de se submeter à cirurgia genital, como o armazenamento de células reprodutivas.³⁷

A intervenção cirúrgica para reafirmação de gênero pode ser iniciada por um ou dois procedimentos, a partir da declaração de dois profissionais de saúde mental qualificados que forneçam a documentação da história pessoal e tratamento, evolução clínica, elegibilidade e compartilhamento com o cirurgião da responsabilidade ética e legal para essa decisão.³⁷

Tabela 6: Procedimentos cirúrgicos para transição sexual⁴¹

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS		
	MtF	FtM
Mama/Tórax	Mamoplastia de aumento (implantes/ <i>lipofilling</i>).	Mastectomia subcutânea, Remodelagem de tórax masculino.
Genitais	Penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia.	Histerectomia/salpingooforectomia, reconstrução da parte fixa da uretra, metoidioplastia, neofaloplastia, vaginectomia, escrotoplastia, implantação de próteses peniana e/ou testiculares.
Não-genitais	Cirurgia facial de feminilização, lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , cirurgia de voz com redução da cartilagem tireóide, aumento do glúteo (implantes/ <i>lipofilling</i>), reconstrução de cabelo, entre outros procedimentos estéticos.	Cirurgia de voz (rara), lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , implantes peitorais, entre outros procedimentos estéticos.

* MtF (indivíduos com sexo biológico masculino e identidade de gênero feminina) e FtM (indivíduos com sexo biológico feminino e identidade de gênero masculino).

E os cuidados ao longo da vida?

As pessoas em não conformidade com o gênero precisam de cuidados de saúde primária e específica ao longo de suas vidas para evitar e tratar os efeitos secundários negativos da gonadectomia em uma idade relativamente jovem e/ou recebimento a longo prazo de terapia hormonal em altas doses.^{37,41,42}

Alguns pacientes com fatores de risco cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer (mama, colo do útero, ovário, útero e próstata) precisam de triagem periódica e acompanhamento médico durante sua vida adulta.^{37,42}

O rastreamento sistemático do câncer de órgãos que estão associadas com a atividade sexual pode representar desafios médicos e psicossociais, os quais deverão ser ponderados conforme o caso. Supertriagem resulta em maior custo de cuidados de saúde, altas taxas de falsos positivos com exposição muitas vezes desnecessárias à radiação e/ou intervenções diagnósticas, tais como biópsias. Subtriagem resulta em atraso no diagnóstico de câncer potencialmente tratável.^{37,42}

Atendimento ginecológico é necessário para pacientes FtM, principalmente os que não realizaram cirurgia genital e para os MtF após a cirurgia genital, além do aconselhamento pós-operatório sobre cuidados urogenitais, os médicos de atenção primária e ginecologistas também deve estar familiarizados com essa população.^{37,42}

Todos os pacientes devem receber orientações sobre higiene genital, sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; aqueles com cirurgia genital também devem ser orientados sobre a necessidade de dilatação vaginal regular ou relação sexual com penetração, a fim de manter a profundidade e largura vaginais. Devido à anatomia da pelve masculina, o eixo e as dimensões das neovaginas diferem substancialmente de uma vagina biológica. Esta diferença anatômica pode afetar a relação sexual se não for entendido pelos pacientes MtF e seus parceiros.^{37,42}

Infecções do trato urinário inferior ocorrem com frequência em pacientes MtF com reconstrução da uretra. Além disso, poderão ter distúrbios funcionais do trato urinário inferior decorrentes de dano do sistema nervoso autônomo.^{37,42}

Na maioria dos pacientes FtM que não fazem vaginectomia (colpectomia) e tomam hormônios masculinizantes, alterações atróficas da mucosa vaginal podem ser observadas, gerando desconforto. O exame ginecológico pode ser tanto físico como emocionalmente doloroso, mas a falta de tratamento pode agravar seriamente a situação.^{37,42}

O acompanhamento psicoterápico/psiquiátrico deve ser prolongado e sistematizado junto à equipe multidisciplinar, pois os transtornos de comportamento são bastante frequentes nestes indivíduos assim como o risco de suicídio.

Como é no Brasil o acompanhamento desses casos? Existem serviços especializados no Brasil?

A regulamentação do Conselho Federal de Medicina para a população adulta com disforia de gênero (ou incongruência de gênero) iniciou em 1997.³⁹

Instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso à hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social, como cirurgias reafirmação sexual (mudança de sexo); de mastectomia (retirada de mama); plástica mamária reconstrutiva (incluindo próteses de silicone) e; cirurgia de tireoplastia (troca de timbre de voz). Além disso, no campo ambulatorial, inclui-se terapia hormonal e acompanhamento dos usuários em consultas e no pré e pós-operatório.^{39,40,45}

Entre 2008 e 2016, ao todo, foram realizados 349 procedimentos hospitalares e 13.863 procedimentos ambulatoriais relacionados ao processo transexualizador.⁴⁵

Em 2009, o Ministério da Saúde garantiu que o nome social de travestis e transexuais fosse garantido na Carta de Usuários do SUS, reconhecendo a legitimidade da identidade desses grupos e promovendo maior acesso à rede pública. Desde 2015, a ficha de notificação de casos de violência, preenchidas em unidades de saúde, consta a orientação sexual e a identidade de gênero.⁴⁵

Para ambos os gêneros, a idade mínima para procedimentos ambulatoriais é de 18 anos. Esses procedimentos incluem acompanhamento multiprofissional e hormonioterapia. Para procedimentos cirúrgicos, a idade mínima é de 21 anos. Após a cirurgia, deve ser realizado um ano de acompanhamento pós-cirúrgico.^{39,40,44,45}

O SUS conta com cinco serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no processo transexualizador que realizam atendimento ambulatorial e hospitalar:

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO);
2. Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro (RJ);
3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS);
4. Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo (SP);
5. Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE).

O SUS também conta com quatro serviços habilitados pelo Ministério da Saúde no processo transexualizador que realizam atendimento ambulatorial:

1. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) – Rio de Janeiro/RJ;
2. Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia – Uberlândia/MG;

3. Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS – São Paulo/SP;
4. Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano – Curitiba/PR.

Existem na rede de saúde pública serviços ambulatoriais, criados por iniciativa estadual, destinados ao atendimento de travestis e transexuais no Processo Transexualizador:

1. Ambulatório AMTIGOS do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo – São Paulo (SP);
2. Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga – João Pessoa (PB);
3. Ambulatório Transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecção-Parasitárias e Especiais (UREDIPE) – Belém (PA);
4. Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto – Lagarto (SE)

Ainda não há posicionamento específico e objetivo do Conselho Federal de Medicina em relação ao acompanhamento de crianças e adolescentes com incongruência de gênero, além do Parecer nº 8/2013.⁴²

No Brasil, não existe uma legislação que regulamenta a retificação do prenome, sexo e imagem nos documentos pessoais. Dessa forma, os indivíduos precisam recorrer à justiça, ficando à mercê da burocracia, interpretações e exigências de cada juiz. A solicitação de laudos psiquiátricos e psicológicos é frequente. Algumas vezes, é exigido um novo laudo produzido por perito designado pela Justiça com objetivo de confirmar o diagnóstico. Embora não haja qualquer determinação de que o sujeito deva estar engajado no processo transexualizador, existe certa tradição no judiciário de conceder parecer favorável especialmente para aqueles que passaram pelo processo cirúrgico. Esse fato desconsidera certa parcela dos sujeitos com disforia de gênero que opta por não se submeter às intervenções médicas.

Do diagnóstico de disforia de gênero à atenção integral: uma reflexão sobre os serviços e profissionais de saúde.

É preciso levar em consideração que a disforia de gênero não é um ato de vontade pessoal e sim, uma condição que ninguém escolhe ter. Pode-se dizer que, por causas ainda não bem definidas, o indivíduo tem a convicção de pertencer ao sexo oposto e vive em desarmonia entre quem é, quem acredita ser e a sua aparência externa. O grau de incongruência entre a identidade de gênero e o sexo biológico deve ser avaliado criteriosamente de forma a escalonar os objetivos que, frequentemente, ultrapassam aquilo que uma transformação médico-cirúrgica possa oferecer.⁴⁷⁻⁵⁵

As reações negativas dos profissionais em geral são comuns, fazendo com que muitas vezes, esses indivíduos não busquem os serviços de saúde. Além disso, os altos custos de alguns dos procedimentos e a pequena oferta de serviços especializados funcionam como barreiras importantes na busca pela assistência. A busca por intervenções não regulamentadas como, por exemplo, a injeção de silicones realizadas por pessoas não qualificadas pode trazer danos irreparáveis para a saúde e são contraindicadas.

As discussões acerca da despatologização da disforia de gênero tem se destacado em muitos meios, especialmente naqueles relacionados aos movimentos sociais. Entre os argumentos, destaca-se o entendimento de que a premissa de que se trata de um transtorno psiquiátrico acarreta um estigma muito maior do que o sujeito já carrega consigo. Além disso, questiona-se que a necessidade de procedimentos compulsórios como, por exemplo, o acompanhamento psicoterápico por tempo pré-determinado e a necessidade de laudos médicos que chamelem as escolhas do sujeito, comprometendo a autonomia. Por outro lado, para alguns autores, a existência de um diagnóstico e de protocolos pode ser a garantia para que essa população tenha algum acesso aos serviços de saúde.⁴⁴ Na tentativa de

contornar esse problema, algumas propostas têm sido elaboradas como, por exemplo, a possibilidade de retirar a condição do rol dos transtornos psiquiátricos e inseri-las em outras categorias como aquelas referentes aos fatores que influenciam o estado de saúde e ao contato do sujeito com os serviços de saúde (representada na CID10 pela letra Z).

O diagnóstico é necessário para justificar qualquer intervenção médica e, nesses casos específicos, não devemos esquecer o alto índice de comorbidades psiquiátricas na população adolescente e adulta.⁴⁴ Por isso a necessidade do diagnóstico precoce, não como fator patológico, mas como identificação e facilitação da vida de crianças e adolescentes.

Independente de considerada patologia ou não, o fato é que os indivíduos com disforia de gênero, vivem em uma luta contra si mesmo e em conflito interno pela incongruência e esse intenso sofrimento psíquico pode levar a tentativas de suicídio, depressão, ansiedade e angústias das mais diversas formas.⁴⁶ Em muitos casos, os profissionais da saúde mental podem contribuir na abordagem dessas manifestações, funcionando como um elo entre os pacientes e os serviços de saúde.

É preciso considerar que profissionais de saúde devem seguir preceitos éticos, tratando todos os pacientes com dignidade, humanização e sem distinção de raça, cor e sexualidade. Crianças, adolescentes e adultos com disforia de gênero devem sempre ser acolhidos e tratados nos serviços de saúde, seguindo os preceitos da universalidade, integralidade e equidade da atenção, princípios resguardados pelo SUS. O grande desafio para uma assistência de qualidade a estes pacientes é o reconhecimento do sofrimento psíquico e a importância de tratar desigualmente os desiguais, como forma de justiça social.⁴⁶

A equipe interdisciplinar deve promover uma construção do caso, evitando a fragmentação das intervenções, mantendo sempre o lugar central reservado ao paciente que é verdadeiramente quem conduz a equipe por um percurso singular,

contrário à rigidez dos protocolos que são elaborados *para todos*.

Qual é o papel do pediatra perante um caso de criança ou adolescente que sente estar no corpo errado?

O papel do pediatra é muito importante na equipe multidisciplinar, que possibilitará o melhor apoio psicossocial e orientação nas complexas decisões sobre terapêuticas ou intervenções médicas, considerando também os direitos das crianças e adolescentes, assim como o papel de suas famílias.

O pediatra deve ter tranquilidade para ouvir as questões e apoiar o paciente de modo individualizado, tendo em vista as peculiaridades de cada caso. É necessário acompanhamento por equipe experiente (pediatra, psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, assistente social, cirurgião, educador, enfermeiro, fonoaudiólogo) e organização dos serviços de saúde para abranger todos os procedimentos necessários.^{3,11,12, 22-24}

Essa equipe poderá auxiliar as famílias na decisão sobre a sequência do processo das mudanças de papéis de gênero e na ponderação dos potenciais benefícios, os efeitos colaterais graves e os desafios das escolhas particulares.¹² Os pais devem ser incluídos no acompanhamento pela dificuldade em lidar com o diagnóstico e auxiliar na transição de gênero, garantindo que haja amplas possibilidades para explorar sentimentos e comportamentos, por exemplo: apoio no uso de pronomes corretos, na manutenção de um ambiente seguro para a transição (na escola, no grupo de pares) e na comunicação com outras pessoas do cotidiano como também o uso de banheiro de acordo com o gênero identificado.^{13,22-24}

Considerando a disforia de gênero, revestida de inúmeros preconceitos, os quais invariavelmente afetam e interferem negativamente na vida deste indivíduo, é fundamental promover o seu acolhimento integral e de seus familiares na diversidade, pois trata-se de uma pessoa com di-

reitos garantidos, tais como os demais cidadãos brasileiros.⁴⁶⁻⁵⁶

Se os profissionais de saúde não tiverem vivência em casos de disforia de gênero, poderão discutir com os especialistas da área e, na indisponibilidade local, recorrer ao Programa de Tele-saúde ou às sociedades científicas.^{37,41,42}

Sugere-se ainda a leitura complementar além da bibliografia anexa, do PROCESSO-CONSULTA CFM nº 32/12 – PARECER CFM nº 8/13 e o documento DECRETO N 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016.

Ressalta-se a importância do pediatra no acolhimento da criança, do(a) adolescente e a família. Crianças e adolescentes que apresentam questões relacionadas ao gênero devem ter o acompanhamento de saúde, como seus pares da população geral.¹³ Acompanhamento e não apenas consulta, em um processo longitudinal de saúde integral, além das questões inerentes à sexualidade, aspectos emocionais, familiares e sociais.¹³ É necessário tempo para a construção da relação médico-paciente.¹³ Nesse processo, criança e adolescente devem ser ouvidos também sem os familiares, preservando o sigilo e a confidencialidade. A família deve ser acolhida, pois muitas vezes a criança e o/a adolescente apresentam-se como verdadeiros representantes sintomas de questões familiares.⁵³

É importante preservar a dimensão da singularidade do caso, sem tentar apagar a subjetividade com classificações e protocolos.

Glossário

– **Gênero:** O conceito de gênero foi formulado para distinguir as dimensões biológicas e sociais, na maneira de ser homem e de ser mulher como percebida pela cultura. Assim, gênero difere de sexo, sendo produto da realidade social e não da anatomia dos corpos. Gênero é auto-percepção e não se prende a fatores externos.

- **Identidade de gênero:** É a experiência emocional, psíquica e social de uma pessoa em relação ao gênero e que pode não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento.
- **Expressão ou papel de gênero:** Diz respeito à forma como o sujeito exterioriza seu gênero. Inclui maneirismos, forma de vestir, forma de apresentação, aspecto físico, gostos e atitudes de uma pessoa e não necessariamente se correlaciona com o sexo ou identidade de gênero.
- **Não conformidade de gênero:** Variação da norma cultural na expressão de gênero (ex: escolha de brinquedos ou brincadeiras).
- **Binarismo de gênero:** Postula que as pessoas são exclusivamente homens ou exclusivamente mulheres (ou somente masculino e ou somente feminino), conseqüentemente nega e oprime toda a multidiversidade de gênero que existe no mundo.
- **Gênero fluido:** Não tem uma identidade de gênero fixa, transitando entre os gêneros.
- **Cisgênero:** Pessoa cuja identidade de gênero se identifica com o sexo biológico, aquele atribuído no nascimento baseado na genitália externa: pênis (homem), vagina (mulher).
- **Transgênero:** Assim como transexual, o termo se refere às pessoas que não se identificam com o gênero atribuído a elas no nascimento. De acordo com os especialistas, é a palavra universal de identificação para pessoas “trans” e também não está necessariamente ligada à cirurgia de redesignação sexual.
- **Sexo biológico:** Conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que diferenciam machos e fêmeas.
- **Orientação sexual:** É a capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, incluindo, portanto, a homossexualidade, heterossexualidade, bissexualidade.
- **Mulher Trans:** Nasceu em um corpo dito masculino, mas se identifica com o gênero feminino.
- **Homem Trans:** Nasceu em um corpo dito feminino, mas se identifica com o gênero masculino.
- **Pansexual:** Indivíduo que tem atração sexual por pessoas de todos os sexos e de todos os gêneros.
- **Travesti:** É uma expressão de gênero que difere daquela que foi designada à pessoa no nascimento. O indivíduo assume, portanto, um papel de gênero diferente daquele imposto pela sociedade. Na maioria de suas expressões, manifesta-se em pessoas designadas do sexo masculino no nascimento, mas que objetivam a construção do feminino, podendo incluir ou não procedimentos estéticos e cirúrgicos. A categoria travesti é mais antiga que a categoria transexual, por isso é mais utilizada, no entanto, é marcada pelo preconceito, já que o sentido empregado é, em grande parte das vezes, pejorativo.
- **Transnã-binário:** Ou gêneros não-binários. São as identidades de gênero de pessoas trans que não são uma simples mulher OU um homem, ou seja: são gêneros que não são exclusivamente, totalmente e sempre femininos e também não são exclusivamente, totalmente e sempre masculinos.
- **Transfobia:** Palavra criada para representar a rejeição e/ou aversão a indivíduos não conformes em sua apresentação ou identidade às concepções convencionais de gênero. A expressão está mais relacionada às ações políticas diferenciadas do movimento Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).
- **Andrógino:** Refere-se à expressão simultânea de gêneros. É comum que a pessoa andrógina se vista com roupas consideradas unissex e use cortes de cabelo e acessórios que dificultem a identificação de um gênero específico. Essa categoria não está associada à orientação sexual.
- **Nome social:** É o nome pelo qual pessoas preferem ser chamadas cotidianamente, em contraste com o nome oficialmente registrado que não reflete sua identidade de gênero.

REFERÊNCIAS

1. Fausto-Sterling A. The dynamic development of gender variability. *J Homosexuality*. 2012;59(3):398-421.
2. Bonifacio HJ, Rosenthal SM. Gender Variance and Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(4):1001-16.
3. Cyrino R. A produção discursiva e normativa em torno do transexualismo: do verdadeiro sexo ao verdadeiro gênero: Crítica e Sociedade. *Rev Cult Pol*. 2013;3(1):92-8.
4. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):79-102.
5. World Health Organization, 2016. FAQ on Health and Sexual Diversity: An Introduction to Key Concepts. Disponível em: www.who.int/gender-equity.../sexual-gender-diversity-faq.pdf Acessado em 28/02/2017.
6. Hines M. Gender and the Human Brain. *Annu Rev Neurosci*. 2011;34:69-88.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, American Psychiatric Association, 2013.
9. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3): 137-141.
10. Olyslager F, Conway L. On the calculation of the prevalence of transsexualism. Disponível em http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf acessado em 20/09/2015.
11. Fuss J, Auer MK, Briken P. dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):430-4.
12. Knudson G, De Cuypere G, Bockting W. Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *Int J Transgender*. 2010;12(2):115-118.
13. De Vries AL, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):1121-1135.
14. Gomes-Gil E, Esteve I, Almaraz MC, et al. Familiarity of gender identity disorder in non-twin siblings. *Arch Sex Beh*. 2010;39(2):265-269.
15. Diamond M. Transsexuality among twins: identity concordance, transition, rearing, and orientation. *Int J Trans*. 2013;14:24-28.
16. Bentz EK, Hefler LA, Kaufmann U et al. A polymorphism of the CPY17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertil Steril*. 2008;90(1):56-59.
17. Fernandez R, Esteve I, Gomez-Gil E et al. The (CA) in polymorphism of Erb gene is associated with FtM transsexualism. *J Sex Med*. 2014;11:720-728.
18. Schaneider HJ, Pickel J, Stalla GK. Typical female 2nd-4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexuals – possible implications for prenatal androgen exposure. *Psychoneuroendocrinol*. 2006;31(2):265-269.
19. Savic I, Arvers S. Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cereb Cortex*. 2011;23:2855-2862.
20. Butler J. Hacerle justicia a alguien: la reasignación de sexo e las alegorias de la transexualidad. In: Butler J. *Deshacerel género*. Barcelona: Paidós; 2006.
21. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira; 2003.
22. Lopez X, Stewart S, Jacobson-Dickman E. Approach to Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Pediatr Rev*. 2016;37(3):89-96.
23. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):13-20.
24. Leibowitz S, De Vries AL. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):21-35.
25. Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 2007;46(10):1307-1314.
26. Virupaksha HG, Muralidhar D, Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J Psychol Med*. 2016;38(6):505-509.
27. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*. 2012;129(3):418-25.
28. American Medical Association. Resolution 122 (A-08); 2008. Disponível em <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc> acessado em 02/02/2017
29. Anton BS. Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives. *Am Psychol*. 2009; 64:372- 453.

30. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgend* 2011; 13:165–232.
31. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexol*. 2008;17(4):211-24. 224.
32. World Professional Association for Transgender Health. WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the USA, 2008. Disponível em: <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf> acessado em 20/08/2016.
33. Hage JJ, Karim RB. Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plas Reconstr Surg*. 2000;105(3):1222–1227.
34. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M et al. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008; 44(1):34–45.
35. Wallien MSC, Cohen-Kettensis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 2008;47(12):1413–1423.
36. World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2015). Statement on Identity Recognition. Disponível em http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Statement%20on%20Legal%20Recognition%20of%20Gender%20Identity%201-19-15.pdf Acesso em 20/08/2015.
37. Hembree WC, Cohen-Kettensis PT, Gooren LJ, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(9):3132–3154.
38. Processo Transexualizador (2013). Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, 2013.
39. World Professional Association for Transgender Health, Inc. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People version 7. 2012. Disponível em http://admin.associationonline.com/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf Acesso em 20/06/2015
40. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 8/2013. Acesso em 10/02/2017: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf
41. Conselho Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.955/2010, publicada no Diário Oficial da União de 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10. Acesso em 20/12/2016: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm
42. Lobato MI, Saadeh A, Cordeiro DM, et al. Gender Incongruence of Childhood Diagnosis and Its Impact on Brazilian Healthcare Access. *Arch Sex Behav*. 2016. DOI 10.1007/s10508-016-0864-6
43. Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para processo transexualizador. Acesso em 10/02/2017: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27125-ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador>
44. Maksoud FR, Passos XS, Pergoraro RF. Reflexões acerca do transtorno de identidade de gênero frente aos serviços de saúde: revisão bibliográfica. *Rev Psicol Saúde*. 2014; 6(2): 47-55.
45. Val AC, Melo APS, Grande I, et al. Transtorno de identidade e orientação sexual. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;32(2):192-193.
46. Leguil C. L'être et le genre: homme/femme après Lacan. Paris: Presse Universitaire de France, 2015.
47. Bechelany MC. A desconstrução do Transtorno de Identidade de gênero: uma perspectiva histórica. In: Alexandre Costa Val; Gabriela de Lima Gomes; Fernando Vilhena Dias. Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde. Ouro Preto: Editora UFOP, 2016.
48. Maranhão Filho EMA. "Inclusão" de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes. *Oralidades*. 2012;6(11):89-116.
49. Bento B. Identidade legal de gênero: reconhecimento ou autorização? In: Costa H. Retratos do Brasil homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EDUSP/Imprensa Oficial, 2008.
50. Benjamin H. Transvestism and Transsexualism. *J Am Med Assoc*. 1967;199(2):136.
51. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and Gender Nonconforming Adolescent Care: Psychosocial and Medical Considerations. *Curr Opin Pediatr*. 2015;26(4):421–426.
52. Missé M, Coll-Planas G (org). El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales Editorial; 2010.
53. Tenório LFP, Prado MAM. Os Impactos e contradições da patologização das transidentidades e argumentos para a mudança de paradigma. In: Val AC, Gomes GL, Dias FV. Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde. Ouro Preto: Editora UFOP, 2016.
54. Care for transgender adolescents. Committee Opinion No. 685. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e11–6.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoineff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:

Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Educação Física:

Coordenador: Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Patricia Guedes de Souza (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Maria Teresa Quadros (BA)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Alvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPCEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano ((BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceraglioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantêa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Guillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:

Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:

Reinaldo de Menezes Martins (RJ)