



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Adolescência
(2019-2021)

Incongruência/Disforia de Gênero Atualizado e revisado*

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Tamara Beres Lederer Goldberg

Conselho Científico: Darci Vieira da Silva Bonetto, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Gianni Cesconetto, Halley Ferraro Oliveira, Lígia de Fátima Nóbrega Reato, Maria Inês Ribeiro Costa Jonas

Revisores: Beatriz E. B. Velleda Bermudez e Andrea Hercowitz

Colaboradores: Evelyn Eisenstein; Lilian Day Hagel, Patrícia R. Guimarães; Alexandre Costa Val (Universidade Federal de Ouro Preto, MG); Alexandre Saadeh (Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, AMTIGOS); Bianca M. B. Soll (Programa de Identidade de Gênero/HCPA-PROTIG/RS); Carmita Abdo (Programa de Estudo sem 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), Durval Damiani (Unidade de Endocrinologia Pediátrica ICr/FMUSP); Iolanda M. Novadzki (PR); Karine Ferreira dos Santos (MG); Karine Schwarz (Programa de Identidade de Gênero/HCPA-PROTIG/RS); Leandra Steinmetz (Unidade de Endocrinologia Pediátrica ICr/ FMUSP); 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 incongruência de gênero, no intuito de informar e assegurar o seguimento adequado desses indi-

víduos e suas famílias, sobretudo enfatizando a necessidade de ouvi-los de modo individualizado e encaminhá-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

* Documento base – Disforia de Gênero – Nº 4, Junho de 2017, disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf

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 incongruência entre o sexo biológico e a identidade de gênero. O estresse, o sofrimento e o desconforto causados por essa discrepância é chamado de disforia de gênero.²

Nos últimos anos tem-se observado aumento do número de crianças e adolescentes que buscam avaliação médica devido a não conformidade de gênero. Os principais fatores responsáveis por essa tendência são: maior acesso a informações pela 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, preconceito, 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 sociabilização, 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 do 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 isolamento 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 são disforia e 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), que deixará de ser utilizada em 01/01/2022, categoriza a transexualidade 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}

No CID11, que entra em vigor em 01/01/2022, está categorizada no capítulo “condições rela-

cionadas à saúde sexual” como incongruência de gênero no período da adolescência e da vida adulta (HA60), a incongruência detectada durante a infância (HA61) e em um terceiro tópico intitulado como incongruência de gênero sem especificação (HA6Z).

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 desconforto 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 incongruência de gênero?

A experiência de gênero resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos, hor-

monais, sociais, psíquicos, cognitivos e relacionais.^{5,7,8,10-13} Alguns estudos de neuroimagem têm demonstrado que adolescentes com incongruência 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 neurodesenvolvimento 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, ressalta 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 essa questão na adolescência e vida adulta.^{12,21-23} Estudos mostram que a grande 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 à 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 para os pais e a minoria onde esta questão não se resolve deve ser acompanhada com atenção por especialistas.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 incongruência de gênero se inicia na adolescência, existe uma grande probabilidade dela se manter na vida adulta.¹¹

Quando a incongruência 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 incongruência de gênero se mantém até a 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 individualizado destas crianças e adolescentes, com postura atenta e cuidadosa, visando minimizar os riscos para cada sujeito, e nunca fazer indicações de condutas sozinho. A condução deve ser realizada com o grupo de especialistas de referência na área.

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 incongruência 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, depressão, tentativa de suicídio, automutilação e isolamento social.^{11,13,21-26} Estudos têm mostrado que tais sintomas podem se apresentar 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 os indivíduos 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 de vários especialistas: o 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 transexualidade, estimulando reflexões éticas e a necessidade sempre do acompanhamento de 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 clínico/psicológico/psiquiátrico e têm indicações precisas devido aos vários problemas sociais e de comportamento enfrentados por estes pacientes, além de efeitos colaterais graves com as medicações. Há alguns relatos de taxas de satisfação de 87% entre mulheres transexuais e 97% entre os homens transexuais.^{33,34} A insatisfação pode acontecer, sendo de 1% a 1,5% nas mulheres trans e menor de 1% nos homens trans.³⁵

Frente a casos de desconforto com o sexo biológico, os profissionais de saúde têm a responsa-

bilidade de ouvir, orientar e auxiliar na tomada de decisões.¹⁹ Alguns pacientes procuram apenas a terapia hormonal. Esta terapia precisa ser esclarecida com detalhes pelos efeitos colaterais e também necessita de acompanhamento prolongado antes de ser iniciada. Por outro lado, a cirurgia de afirmação de gênero é geralmente também adiada até o paciente ter atingido uma transição satisfatória 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 complexa 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 auto-conceito 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/pa-

ciente, 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 estar indicada.^{39,40,42,43}

– 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

O tratamento endocrinológico é diferente em cada etapa da vida, assim as crianças prepúberes não precisam de intervenção medicamentosa, porém devem ser acompanhadas até o aparecimento dos primeiros sinais de puberdade. Uma vez iniciada a puberdade, a proposta consiste inicialmente na supressão da puberdade com análogos do GnRH, após período de acompanhamento prolongado do paciente e sua fa-

mília. Este tratamento só pode ser realizado por endocrinologista com experiência na área, em conjunto com a equipe multidisciplinar, em centros de excelência e como projeto de pesquisa. **Não cabe ao pediatra orientar este tratamento**, pois os efeitos colaterais são significativos e devem ser expostos claramente aos pacientes e familiares. O propósito desta intervenção é aliviar o sofrimento causado pelo desenvolvimento de características sexuais secundárias e dar tempo para o paciente tomar uma decisão equilibrada.

Os critérios de inclusão para o tratamento com análogos do GnRH são:

- a. Diagnóstico de disforia de gênero estabelecido,
- b. Puberdade em estágio 2 de Tanner,
- c. Piora da disforia de gênero com o início da puberdade,
- d. Ausência de co-ocorrências psiquiátricas que possam interferir no diagnóstico,
- e. Apoios social e psicológico adequados,
- f. Entendimento adequado por parte do paciente e sua família dos riscos e benefícios da terapia essa tarefa entra na parte do tratamento hormonal cruzado;

O (A) adolescente/pais ou responsáveis devem assinar o consentimento médico informado do tratamento.⁴¹

As intervenções podem ser consideradas reversíveis (bloqueio puberal), parcialmente reversíveis (hormonioterapia cruzada) ou irreversíveis (cirurgias).^{31,41} Estas intervenções devem ser adiadas até que de fato haja uma opinião consistente da equipe de um centro de referência para que sejam iniciadas.

As intervenções reversíveis ou parcialmente reversíveis podem ser realizadas no Brasil conforme a Resolução CFM 2.265/2019, cujos artigos e parágrafos são transcritos no Apêndice deste documento.

O tratamento hormonal é dividido em duas etapas: (1) Supressão puberal e (2) Hormonioterapia cruzada.^{31,41}

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

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 iniciado é importante avaliar se a não conformidade de gênero é persistente ou está se acentuando como 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}

O bloqueio puberal é iniciado pelo menos no estágio 2 de desenvolvimento e maturação puberal e nunca antes disso, segundo os crité-

rios estabelecidos por Tanner, independente da idade cronológica, com o objetivo de suprimir a produção dos esteroides sexuais e, conseqüentemente, 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. O acompanhamento prolongado deve ser sempre realizado para que o indivíduo e sua família possam compreender melhor a situação e riscos.^{39,42,43}

Entretanto, alguns indivíduos só iniciam o bloqueio 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 bloqueio hormonal é iniciada no final da puberdade, estágio 5 de Tanner, as características sexuais já são irremediavelmente bem estabelecidas.^{39,42,43}

O bloqueio do desenvolvimento e maturação puberal pode ser mantido 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 o bloqueio 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 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}

Hormonioterapia cruzada (Intervenções parcialmente reversíveis)

Essas intervenções incluem a terapia hormonal para masculinizar ou feminilizar o corpo (hormonioterapia cruzada) de acordo com a identidade de gênero do indivíduo. Adolescentes elegíveis para iniciar a terapia hormonal devem ter o consentimento dos pais, sincronizada com a indicação da 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 mulher trans que irá receber 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 homem trans que irá receber testosterona, deve-se avaliar e monitorar: dislipidemia, policitemia, aumento de enzimas hepáticas, acne e alopecia andro-genética.⁴³

Os hormônios utilizados 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, pelos 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^{41,42}

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 menstruaçã	2-6 meses	Variável
Aumento do clitóris		1-2 anos
Atrofia vaginal		1-2 anos
Voz grave		1-2 anos

Tabela 5. Efeitos e tempo esperado de ação dos hormônios feminilizantes^{41,42}

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. Apenas deverá ser realizado em centros de referência.^{25,32,34}

Em alguns serviços internacionais, geralmente iniciam-se cirurgias como a mastectomia a partir dos 16 anos e a transgenitalização é postergada para a maioridade.³⁷

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 perante 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		
	Mulheres Trans	Homens Trans
Mama/Tórax	Mamoplastia de aumento (implantes/ <i>lipofilling</i>).	Mastectomia subcutânea, Remodelagem de tórax masculino.
Genitais	Penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia.	Histerectomia/salpingo-oforectomia, 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, aumentado 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.

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 de 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 rastreio 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 homens trans principalmente os que não realizaram cirurgia genital e para as mulheres trans após a cirurgia genital. Além do aconselhamento pós-operatório sobre cuidados urogenitais, os médicos de atenção primária e ginecologistas também devem estar familiarizados com essa população.^{37,42}

Todos os pacientes devem receber orientações sobre higiene genital, sexualidade e prevenção de infecções 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 entendida pelas mulheres trans e seus parceiros.^{37,42}

Infecções do trato urinário inferior ocorrem com frequência em mulheres trans 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 homens trans 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?

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 de reafirmação sexual (mudança de sexo); demastectomia (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

Em 2013 foi publicado o Parecer do CFM nº 8/2013, que estabelece o bloqueio puberal quando dos primeiros sinais da puberdade e o uso de hormonioterapia cruzada a partir de 16 anos, em centro especializado, de excelência e multiprofissional.⁴²

Em 2020 foi publicada a RESOLUÇÃO 2.265/2019, que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.⁵⁵

- 1) O acesso à atenção integral à pessoa com incongruência de gênero deve ser garantido na atenção básica, especializada e urgência e emergência.
- 2) As equipes de atendimento deverão ser compostas por psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico, sem prejuízo de outras especialidades médicas que atendam às necessidades de cada caso, além de outros profissionais da saúde necessários às demandas do indivíduo. Em situações onde o paciente tiver menos de 18 anos, será exigida a presença de um pediatra na equipe.
- 3) Deve ser oferecida à pessoa com incongruência de gênero a identificação pelo seu nome social e de registro, incluindo sua identidade de gênero e sexo ao nascer.
- 4) Proibição expressa de realização de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos em pessoas com transtornos psiquiátricos graves.

- 5) O atendimento só pode ser realizado apenas após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de menor de idade, os pais devem assinar o documento e o jovem com incongruência deve assinar um termo de assentimento.
- 6) Os estágios puberais são considerados indicadores mais adequados do que a idade cronológica. O método recomendado é a Escala de Tanner, que identifica as fases de maturação sexual pelo desenvolvimento físico de crianças, adolescentes e adultos.
- 7) Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde.
- 8) O início da hormonioterapia cruzada após 16 anos de idade e a partir do estágio puberal de Tanner II.
- 9) A partir dos 18 anos, a realização da hormonioterapia cruzada dependerá de prescrição por médico endocrinologista, ginecologista ou urologista, todos com conhecimento científico específico.
- 10) Os procedimentos cirúrgicos poderão ser realizados apenas em pessoas com mais de 18 anos e após um acompanhamento prévio mínimo de um ano por equipe médica e multiprofissional.
- 11) Na fase pré-operatória, a hormonioterapia cruzada deverá ser supervisionada por endocrinologista, ginecologista ou urologista.
- 12) Os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero que podem ser realizadas são:
 - Do masculino para o feminino são: neovulvovaginoplastia (que poderá ser realizada com uso de diferentes técnicas descritas na Resolução a partir de avaliação); e a mamoplastia de aumento.
 - Do feminino para o masculino são: mastectomia bilateral; cirurgias pélvicas (his-

terectomia e ooforectomia bilateral); e cirurgias genitais (neovaginoplastia e faloplastia por meio da metoidoplastia - reificação e alongamento do clitóris, após estímulo hormonal). Para complementar, podem ser realizadas uretroplastia; escrotoplastia; e colocação de prótese testicular em primeiro ou segundo tempo.

A neofaloplastia, que consiste na construção de órgão masculino com uso de pele e músculos de antebraço ou de outras regiões, continua a ser classificada como experimental, devendo ser realizada somente mediante as normas do Sistema CEP/Conep.

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 da USP - 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 Infecciosas e Especiais (UREDIPE) – Belém (PA);
4. Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto – Lagarto (SE)

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

É preciso levar em consideração que a incongruência 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 ser-

viços 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. Do mesmo modo muito preocupante é a compra sem prescrição médica por endocrinologistas de hormônios, fato que pode determinar graves complicações.

As discussões acerca da despatologização da incongruência de gênero têm se destacado em muitos meios, especialmente naqueles relacionados aos movimentos sociais. Entre os argumentos, destaca-se o entendimento da premissa de que se trata de um transtorno psiquiátrico que 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 protocolos pode ser a garantia para que essa população tenha algum acesso aos serviços de saúde, orientação e acompanhamento adequados. Na tentativa de contornar esses problemas, algumas atitudes estão sendo tomadas, como a inclusão do diagnóstico, no CID 11, no capítulo de "condições relacionadas à saúde sexual", sendo retirado do capítulo de "transtornos da identidade sexual", onde estava inserido na edição anterior (CID 10).

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 patologizante, mas como identificação e facilitação da vida de crianças e adolescentes.

Os indivíduos transgêneros vivem em luta contra si mesmos e em conflito interno decorrente da incongruência e esse intenso sofrimento psíquico pode determinar 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 incongruência 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 de cada 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 em um 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 hajam 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 no uso de banheiro de acordo com o gênero identificado.^{13,22-24}

Considerando a incongruência 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 direitos garantidos, e em casos de incongruência de gênero, poderão discutir com os especialistas da área e, na indisponibilidade local, recorrer ao Programa de Telessaúde ou às sociedades científicas.^{37,41,42} Ressalta-se a importância do pediatra no acolhimento da criança, do(a) adolescente e da 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 de questões familiares.⁵³

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

Sugere-se a leitura complementar da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.265, publicada no Diário Oficial da União de 09 de janeiro de 2020

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 reafirmação de gênero.
- **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 como 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.
- **Trans não-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, Bisse- xuais, 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.

Apêndice

São descritas a seguir parte dos artigos e parágrafos da Resolução do CFM nº2.265/2019 publicada em 9 de janeiro de 2020:

“ ...

- Art. 9. Na atenção médica especializada ao transgênero é vedado o início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 (dezesseis) anos de idade.

§ 1º Crianças ou adolescentes transgêneros em estágio de desenvolvimento puberal Tanner I (pré-púbere) devem ser acompanhados pela equipe multiprofissional e interdisciplinar sem nenhuma intervenção hormonal ou cirúrgica.

§ 2º Em crianças ou adolescentes transgêneros, o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, de acordo com as normas do

Sistema CEP/Conep, em hospitais universitários e/ou de referência para o Sistema Único de Saúde.

- § 3º A vedação não se aplica a pacientes portadores de puberdade precoce ou estágio puberal Tanner II antes dos 8 anos no sexo feminino (cariótipo 46,XX) e antes dos 9 anos no sexo masculino (cariótipo 46,XY) que necessitem de tratamento com hormonioterapia cruzada por se tratar de doenças, o que está fora do escopo desta Resolução.
- Art. 10. Na atenção médica especializada ao transgênero é permitido realizar hormonioterapia cruzada somente a partir dos 16 (dezesesseis) anos de idade, de acordo com o estabelecido no Projeto Terapêutico Singular, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial especializado, conforme preconiza a linha de cuidados específica contida no Anexo II desta Resolução.
 - Art. 11. Na atenção médica especializada ao transgênero é vedada a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 18 (dezoito) anos de idade.
 - § 1º Os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Resolução só poderão ser realizados após acompanhamento prévio mínimo de 1 (um) ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar.
 - § 2º É vedada a realização de procedimentos hormonais e cirúrgicos, descritos nesta Resolução, em pessoas com diagnóstico de transtornos mentais que os contraindiquem, conforme especificado no Anexo III desta Resolução.
-”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, Esteva 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, Esteva 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. *Deshacer el 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 non transsexual 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-Kettenis 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-Kettenis 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.portalm medico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf
41. 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.portalm medico.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 Health care Access. Arch Sex Behav. 2016. DOI:10.1007/s10508-016-0864-6
43. Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para processo transexualizador. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27125-ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador> Acesso em 10/02/2017
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 Psiq. 2009;32(2):192-193.
46. Leguil C. L'écriture du 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 em udança 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 entorno a la patologización dela transexualidad. Barcelona: Egales Editorial; 2010.
53. Tenório LFP, Prado MAM. Os Impactos e contradições da patologização das transsexualidades 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.
55. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.265/2019, publicada no Diário Oficial da União de 09 de janeiro de 2020, Seção: 1, p. 96-102. Disponível em <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294> Acesso em 26/01/2020.



Diretoria

Triênio 2019/2021

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:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Honeiff (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO:
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CETEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA):
COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA:
COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS:
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL:
COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES:
COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

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 NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP):
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS:
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natalia Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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 Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED):
COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA:
EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP:
Fernanda Luísa Ceraglio Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (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 GRADUAÇÃO:
COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA:
COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES:
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA:
COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS:
COORDENAÇÃO:
Salmo Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA:
COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA:
COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE:
COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA:
COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:
COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luísa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL:
COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cecy Dunshee de Abranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA:
COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA:
COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Teresa Cristina Maia dos Santos
Sociedade Alagoana de Pediatria:
João Lourival de Souza Junior
Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros
Sociedade Amazônica de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos
Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez
Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva
Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns
Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto
Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli
Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale
Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais
Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos
Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Vilma Francisca Hubim Gondim de Souza
Sociedade Paraibuna de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge
Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt
Sociedade de Pediatria do Piauí:
Alberto de Almeida Burlamaqui do Rego Monteiro
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Cristina Helena Targa Ferreira
Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda
Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo
Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva
Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovici
Sociedade Sergipana de Pediatria:
Glória Tereza Lima Barreto Lopes
Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO:
COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sergio Antônio Bastos Sarubbo (SP)
Maia Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA:
PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)