

INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO: TRATAMENTOS, QUESTÕES E PERSPECTIVAS

HÉRCULES MOREIRA LIMA¹
LIONEL LEITZKE²
SOLANGE MOURA DE OLIVEIRA³
ALINE DE MELO MOREIRA LIMA⁴
ROBERTA ROSSI GRÜDTNER⁵
MANUELA NEPOMUCENO LADEIRA⁶
MÁRCIA ETGETON⁷
PÂMELLA LUCINDA RODRIGUES⁸
SAMIRA KAYSER MACHADO⁹
HARRY STREITHORST¹⁰
ELMER A. GUZMAN¹¹

46

Resumo: O presente artigo apresenta a perspectiva da incongruência de gênero pelo viés da psiquiatria, endocrinologia e cirurgia, descrevendo os principais transtornos e intervenções

¹ Médico Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. Cirurgião Plástico Estético e Reparador (Blumenau, SC).

² Médico Especialista em Cirurgia Pediátrica. Especialista em Educação. Mestre em Saúde Coletiva. Atuou como Professor (PUCRS e ULBRA). Coordenador do Serviço de Cirurgia Pediátrica (Hospital Universitário de Canoas, RS). Presidente da Associação dos Médicos Adventistas. Contato: lionel@uroped.com.br.

³ Médica Especialista em Otorrinolaringologia.

⁴ Médica Especialista em Endocrinologia.

⁵ Médica Especialista em Medicina da Família e Psiquiatria. Mestre em Ciências Médicas (UFRGS).

⁶ Acadêmica de Medicina - 7º Período (Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo).

⁷ Acadêmica de Medicina - 8º Período (Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo).

⁸ Acadêmica de Medicina - 7º Período (Universidade Feevale - Campus 2. Novo Hamburgo, RS).

⁹ Acadêmica de Medicina - 3º Período (Faculdade IDOMED Estácio - Campus Jaraguá do Sul, SC).

¹⁰ Pastor Departamental de Saúde (União Sul-Brasileira da Igreja Adventista do Sétimo Dia).

¹¹ Doutor em Teologia. Pastor e Professor (Instituto Adventista Paranaense). Contato: elmer.guzman@iap.org.br

médicas relacionados à saúde sexual. Após essa descrição, o artigo explora alguns possíveis dilemas éticos que um profissional médico cristão/adventista pode experimentar, baseado no exercício do direito ético de objeção de consciência, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. O artigo finaliza articulando uma abordagem teológica sobre a incongruência de gênero, seguida por uma declaração de consenso da Associação dos Médicos Adventistas do Sul do Brasil sobre o tópico tratado.

Palavras-chave: Incongruência; Gênero; Ética.

GENDER INCONGRUENCE: TREATMENTS, ISSUES, AND PERSPECTIVES

Abstract: This article presents the perspective of gender incongruence from the perspective of psychiatry, endocrinology and surgery, describing the main disorders and medical interventions related to sexual health. After this description, the article explores some of the ethical dilemmas that a Christian/Adventist medical professional may experience, based on the exercise of lawful conscientious objection, by avoiding medical acts that, although permitted by law, are contrary to his conscience. The article ends by articulating a theological approach to gender incongruence, followed by a consensus statement of the Adventist Physicians Association (Associação dos Médicos Adventistas) in South Brazil on the topic addressed.

Keywords: Gender; Incongruence; Ethics.

1. Introdução

Conceituando, a palavra “sexo” se refere às categorias fixas, inatas do ponto de vista biológico, ou seja, feminino e masculino, enquanto a palavra “gênero” é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo, aos papéis sociais relacionados com a sexualidade, podendo mudar em função da cultura e podendo ser alterada por ações conscientes (GOLDENBERG *et al.*, 2003, p. 200).

Essa distinção terminológica foi introduzida em 1955 pelo sexólogo John Money, sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS oficializou, em 21 de maio de 2019, a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), com validade a partir de 1º de janeiro de 2022. Na CID-11, o termo “*transtornos de identidade de gênero*” foi retirado do capítulo de doenças mentais e passa a ser denominado “*incongruência de gênero*”, estando inserido no capítulo sobre saúde sexual. A nova classificação acontece 28 anos depois da decisão, em 1990, de retirar o termo *homossexualidade* da lista de doenças.

Segundo a OMS, há evidências de que a *incongruência de gênero* (IG) não se trata de um transtorno mental, mas que ainda “há a necessidade de garantir atendimento às demandas específicas de saúde da população trans”. Assim, o termo não foi retirado totalmente da CID, com o propósito de proporcionar acesso à saúde a essa população, reduzindo a discriminação e estigma decorrentes do preconceito.

A transferência para a seção “Transtornos associados à saúde sexual” foi dividida em três subseções: (1) incongruidade de gênero na adolescência e idade adulta (HA60); (2) incongruência de gênero na infância (HA61); (3) outros tipos de incongruência de gênero não especificada (HA6Z).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na sua Resolução 2.265/2019, dispõe sobre os cuidados específicos às pessoas com incongruência de gênero ou transgênero, definindo nos artigos:

2º – “A atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica, especializada e de urgência e emergência.”

5º – define a necessidade de uma equipe multidisciplinar para tratamentos (mínimo de seis especialidades).

9º – Veda o início de hormonioterapia cruzada antes dos 16 anos de idade.

11º – Veda a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 18 anos de idade.

E no Anexo III, o CFM enfatiza que “compreender e respeitar o que crianças e adolescentes manifestam a respeito de como se identificam é dever médico e aspecto essencial do cuidado à saúde”.

Em 1997, o CFM, através da Resolução nº 1.4821, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no país, alegando seu caráter terapêutico, considerando incongruência de gênero ou transgênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, visto que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou autoextermínio”.

Estabelecendo os critérios que se tornaram condição de acesso à assistência médica e jurídica nesses casos, a conversão sexual tornou-se um procedimento legal no país desde que o tratamento siga um programa rígido que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos para confirmação diagnóstica.

Em geral, o processo assistencial compreende as seguintes etapas: avaliação e acompanhamento psiquiátrico periódico para confirmação do diagnóstico; psicoterapia individual e de grupo; hormonioterapia, com o objetivo de induzir o aparecimento de caracteres sexuais secundários compatíveis com a identificação psicosexual do paciente; avaliação genética; tratamento cirúrgico. Além disso, vários desses serviços já estabelecem contato com uma assessoria jurídica, para indicação de pacientes operados no processo de mudança de nome. Vale destacar que, na transexualidade, a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia da construção de si.

Os indivíduos transgênero não se identificam com o sexo biológico designado ao nascimento e alguns dentre eles buscam assistência médica para intervenções que visam afirmar fenotipicamente o gênero de identidade. Essas intervenções incluem desde tratamentos estéticos e hormonais até cirurgias de adequação ao gênero. Nota-se que a terminologia “transgênero” abrange a transexualidade, a travestilidade, além de outras expressões identitárias. O eventual diagnóstico clínico não está diretamente relacionado aos recursos hormonais ou cirúrgicos utilizados para adequação ao fenótipo desejado. Porém, esses recursos de intervenções podem ser utilizados eventualmente para a promoção da saúde de pessoas transgênero que necessitam de tais mudanças corporais.

Nesse contexto, levanta-se a questão: como o profissional médico cristão/adventista deve tratar os pacientes com não paridade entre a sua identidade de gênero e o seu sexo ao nascimento, respeitando a sua diversidade de gênero e exercendo seu atendimento profissional, seja qual for sua especialidade médica e seja qual for o motivo do atendimento? Frente a essa demanda, o presente artigo tem por objetivo apresentar a perspectiva da incongruência de gênero pelo viés da psiquiatria, endocrinologia, cirurgia, seguido por uma

exploração de alguns dos dilemas éticos que profissionais da saúde cristãos experienciam. O artigo finaliza articulando uma abordagem teológica sobre a incongruência de gênero, seguida por uma declaração de consenso Associação dos Médicos Adventistas do Sul do Brasil sobre o tópico tratado.

2. Psiquiatria e Incongruência de Gênero

A OMS, a partir de 2022, adiciona na CID 11 descritores relacionados à saúde sexual. A incongruência de gênero substitui categorias diagnósticas como “transexualismo” e “transtorno de identidade de gênero das crianças” da CID-10. A incongruência de gênero (HA60) é caracterizada por uma incongruência marcada e persistente entre o gênero experimentado de um indivíduo e o sexo atribuído.

Segundo o CID 11, a incongruência de gênero da adolescência e da idade adulta é caracterizada por uma incongruência, marcada e persistente, entre o gênero vivenciado de um indivíduo e o sexo atribuído. Isso pode levar o indivíduo a buscar uma ‘transição’, com o objetivo de viver e ser aceito como uma pessoa do gênero vivido. Essa transição ocorre por meio de tratamento hormonal, cirurgia ou até mesmo outros serviços de saúde, proporcionando que o corpo do indivíduo se alinhe, tanto quanto desejado e na medida do possível, com o gênero vivenciado. Entretanto, o diagnóstico da incongruência de gênero não pode ser atribuído antes do início da puberdade. Assim, o comportamento e as preferências das variantes de gênero, por si só, não são uma base para atribuir o diagnóstico.

Ainda, a incongruência de gênero na infância (HA61) é caracterizada por uma incongruência marcada entre o gênero vivenciado de um indivíduo e o sexo atribuído em crianças pré-púberes. Inclui um forte desejo de ser um gênero diferente do sexo atribuído; uma forte antipatia por parte da criança de sua anatomia sexual ou características sexuais secundárias antecipadas e/ou um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias antecipadas que correspondam ao gênero experiente; além disso, inclui brincadeiras de faz-de-conta, fantasias, brinquedos, jogos ou atividades e companheiros que são típicos do gênero experiente, em vez do sexo atribuído. A incongruência deve ter persistido por cerca de dois anos. Igualmente ao HA60, o comportamento e as preferências das variantes de gênero, por si só, não são uma base para atribuir o diagnóstico.

Olson *et al.* (2015) observaram que 35% dos jovens transgêneros, que participaram do estudo, relataram sintomas de depressão. Mais da metade dos jovens relatou ter pensado em suicídio pelo menos uma vez na vida, e quase um terço havia feito pelo menos uma tentativa de suicídio. Essa prevalência implica oportunizar assistência em saúde mental integral. No entanto, devido à conscientização e maior aceitação social, isso tem aberto caminho para intervenções médicas de forma precoce, estabelecendo muitas condutas precoces pertencendo a categoria, embora Claahsen-van der Grinten *et al.* (2021) ponderem que ainda faltam dados mais robustos para tais procedimentos.

Tal complexidade e falta de dados robustos responsabilizam o tratamento ao campo multidisciplinar:

O tratamento médico e mental em adolescentes com IG é complexo e é recomendado que ocorra dentro de uma equipe de profissionais de saúde mental, psiquiatras, endocrinologistas e outros profissionais de saúde. O tratamento somático geralmente consiste no uso de análogos do GnRH (Hormônio Libertador de Gonadotrofina) para prevenir a progressão da puberdade biológica e, subsequentemente, tratamento hormonal de afirmação de gênero para desenvolver características sexuais do gênero auto identificado e procedimentos cirúrgicos. No entanto, para otimizar os regimes de

tratamento, o acompanhamento de longo prazo e estudos adicionais ainda são necessários (CLAAHSEN-VAN DER GRINTEN *et al.*, 2021, tradução nossa).

Com o aumento de indivíduos com este diagnóstico, é necessário a conscientização que o tratamento é de longa duração, envolvendo aspectos médicos, sociais e jurídicos.

A prevalência de disforia de gênero aumentou significativamente nos últimos anos e pode levar a queixas e fardos significativos, especialmente durante a puberdade. A saúde mental e médica para transgêneros é um processo de longa duração durante o qual não apenas a criança / adolescente com IG, mas também seus pais / família devem ser aconselhados a fazer escolhas sobre suas transições sociais, médicas e jurídicas. Além disso, há um número crescente de pessoas trans que se definem como não binárias. Portanto, é necessária uma abordagem individualizada por uma equipe especializada (CLAAHSEN-VAN DER GRINTEN *et al.*, 2021, tradução nossa).

O tratamento de equipe especializada significa o acompanhamento multidisciplinar por profissionais de saúde mental, psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, cirurgiões e outros profissionais de saúde. O processo de tratamento é mapeado em uma trajetória de duas fases, uma vez que a avaliação psicológica tenha sido feita, o próximo passo é a intervenção médica. Veja como o tratamento hormonal se configura em uma intervenção endocrinológica:

O tratamento endócrino consiste em duas fases: primeiro, o início de GnRHa para prevenir o desenvolvimento do desenvolvimento puberal (uma intervenção totalmente reversível), seguida pela adição de hormônios que afirmam o gênero, o que leva a alterações irreversíveis. Embora muitos detalhes e aspectos dessa abordagem ainda sejam desconhecidos, é de grande importância que os jovens com IG recebam cuidados que melhorem seu bem-estar. Durante a execução das etapas desse processo, os benefícios e possíveis danos de cada intervenção devem ser cuidadosamente equilibrados (CLAAHSEN-VAN DER GRINTEN *et al.*, 2021, tradução nossa).

Skordis *et al.* (2020, p. 79-83) concordam que aspectos da saúde mental se agravam em jovens com incongruência de gênero afirmando que esse grupo apresenta “altas taxas de ansiedade, transtornos alimentares, depressão, automutilação e ideação suicida foram bem documentados em adolescentes e adultos com DG [disforia de gênero]”. O mesmo estudo documenta que 56% dos jovens transexuais relataram ideação suicida anterior, e um em cada três relatou uma tentativa anterior de suicídio. Tais dados apontam que doenças mentais nesse grupo de pessoas incluem vários elementos como rejeição social, estigma, discriminação, falta de acesso a profissionais qualificados que trabalham com assuntos de incongruência de gênero.

Apesar dos avanços no tratamento psiquiátrico em indivíduos com incongruência de gênero, ainda existe a carência de estudos futuros de longo prazo em relação aos “efeitos de longo prazo da supressão puberal e da terapia de hormônio sexual cruzado, especialmente no metabolismo, no esqueleto em crescimento e no desenvolvimento do cérebro e cognição” (SKORDIS *et al.*, 2020, tradução nossa).

Assim, do ponto de vista da prática médica psiquiátrica, torna-se imperativo garantir escuta empática e compassiva, assistência integral em saúde mental paralelamente a abordagem clínica e multidisciplinar. A investigação criteriosa deve visar prevenção e promoção da saúde mental, com diagnóstico precoce e tratamento apropriado, embasado em evidências científicas.

3. Descrição do Tratamento Endócrino para Pacientes com Incongruência de Gênero

Conforme Hembree e seus colaboradores (2017), é necessário avaliar os seguintes fatores no tratamento endócrino para pessoas com incongruência de gênero incluem avaliação dos seguintes fatores:

- Efeitos de atraso da puberdade em adolescentes na saúde óssea, função gonadal e cérebro (incluindo efeitos cognitivos, desenvolvimento emocional, social e sexual).
- Efeitos do tratamento em adultos nos níveis de hormônio sexual.
- Necessidade e os efeitos das progestagenos e outros agentes usados para suprimir os esteroides sexuais endógenos durante o tratamento.
- Riscos e benefícios de tratamento hormonal de afirmação de gênero em idosos com incongruência de gênero.

3.1. Supressão Puberal

A supressão puberal é uma possibilidade para adolescentes com incongruência de gênero. Esse tratamento é reversível e permite o desenvolvimento puberal completo no gênero natal, após a interrupção do tratamento (VRIES *et al.*, 2011). O estágio dois de Tanner é considerado o momento ideal para iniciar a supressão puberal. No entanto, o tratamento de supressão puberal no início da puberdade limitará o crescimento do pênis e escroto (BOUMAN *et al.*, 2014).

Os médicos também podem usar a supressão puberal nos adolescentes em estágios puberais posteriores para interromper a menstruação em homens transexuais e prevenir o crescimento de pelos faciais em mulheres transexuais. No entanto, em contraste com os efeitos em adolescentes da puberdade precoce, não reverterá características físicas do sexo, como o desenvolvimento mais avançado da mama em meninos transexuais, assim como a diminuição da frequência da voz e mandíbula grande em meninas transexuais (HEMBREE *et al.*, 2017).

Os médicos podem suprimir o desenvolvimento puberal e função gonadal mais eficazmente pela supressão da gonadotrofina usando análogos do Hormônio Libertador de Gonadotrofina (GnRH), que são agonistas de longa ação que suprimem as gonadotrofinas por dessensibilização do receptor GnRH, após um aumento inicial de gonadotrofinas. Esse é o tratamento utilizado em casos de puberdade precoce (ROTH *et al.*, 2005).

No entanto, os principais riscos de supressão puberal, em adolescentes com incongruência de gênero, podem incluir efeitos adversos na mineralização óssea (que podem teoricamente ser revertidos com tratamento com hormônios sexuais), comprometimento da fertilidade se a pessoa subsequentemente for tratada com hormônios sexuais, e efeitos desconhecidos no desenvolvimento do cérebro (VRIES *et al.*, 2011). Análogos de GnRH não induziram uma mudança no desvio padrão do índice de massa corporal em adolescentes com incongruência de gênero, mas causou um aumento na massa gorda e diminuição do percentual de massa corporal magra. Durante o tratamento, é necessário que os adolescentes sejam monitorados para efeitos negativos de atraso na puberdade (HEMBREE *et al.*, 2017).

O tratamento de jovens da puberdade precoce, com análogos de GnRH, irá prejudicar temporariamente a espermatogênese e a maturação dos oócitos. Para os designados no nascimento como homens, e que apresentam incongruência de gênero no início da puberdade, os espermatozoides ainda não estão maduros o suficiente para a criopreservação de espermatozoides (BERTELLONI, 2000).

A Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos não recomenda o bloqueio da puberdade em crianças incongruentes com o gênero. Até agora, a experiência clínica sugere que consistência de incongruência de gênero só pode ser avaliada de forma confiável após os primeiros sinais de puberdade. A grande maioria (cerca de 85%) das crianças pré-púberes com o diagnóstico na infância não permaneceram com incongruência de gênero na adolescência (STEENSMA *et al.*, 2013).

Preparações de progestagenos pode ser utilizado como um tratamento aceitável para pessoas sem acesso a análogos de GnRH ou com fobia de agulha.

3.2. Terapia Hormonal para Adultos Transgêneros

Estudos não conseguiram encontrar diferenças nos níveis circulantes de esteroides sexuais entre indivíduos transgêneros e não-transgêneros. No entanto, estudos em pessoas com um transtorno/diferença de desenvolvimento sexual (DSD) ajudaram na compreensão da influência que os hormônios podem ter no resultado da identidade de gênero, embora a maioria das pessoas com incongruência de gênero não tenham um DSD.

Os dois principais objetivos da terapia hormonal em pessoas com incongruência de gênero são: (1) reduzir os níveis de hormônio sexual endógeno e, assim, reduzir as características sexuais secundárias do gênero biológico; (2) substituir os níveis hormonais do sexo endógeno pelos consistentes com o sexo da identidade do indivíduo usando os princípios do tratamento hormonal para pacientes com hipogonadismo (STULTIËNS, 2007).

Antigamente, o tratamento de pessoas com incongruência de gênero era realizado apenas com elixires relativamente ineficazes ou cremes. Em 1935, surgiu a testosterona como opção e, em 1938, o dietilestilbestrol.

3.2.1. Homens Transgêneros

O principal tratamento hormonal usado para induzir a virilização é a testosterona, mais comumente prescrita na forma de ésteres de testosterona injetáveis (WIERCKX, *et al.*, 2014). Mais recentemente, a administração subcutânea de testosterona mostrou ser eficaz e preferida por homens transsexuais.

Undecanoato de testosterona de longa duração também é usado para o tratamento de homens transsexuais. No entanto, nos Estados Unidos, a prescrição de undecanoato de testosterona é limitada devido ao risco potencial de embolia pulmonar por óleo. Outros estudos de intervenção também usaram gel de androgênio tópico ou adesivos transdérmicos (HEMBREE *et al.*, 2017). Outros tratamentos são raramente relatados, como testosterona oral (undecanoato de testosterona), soluções axilares, adesivos, sprays nasais, comprimidos bucais ou pelotas.

O tratamento com testosterona em homens transsexuais resulta em aumento da massa muscular e diminuição da massa gorda, aumento de pelos faciais e acne, calvície de padrão masculino naqueles geneticamente predispostos e desejo sexual aumentado.

Em homens transsexuais, a testosterona resultará em hipertrofia do clitóris, diminuição temporária ou permanente da fertilidade, aprofundamento da voz, cessação da menstruação (geralmente) e um aumento significativo nos pelos corporais, particularmente no rosto, tórax e abdômen. Pode ocorrer a cessação da menstruação dentro de alguns meses com tratamento apenas com testosterona, embora altas doses do hormônio possam ser necessárias. Em caso de sangramento uterino, os médicos podem considerar a adição de um agente progestacional ou

ablação endometrial. Os médicos também podem administrar análogos de GnRH ou medroxiprogesterona de depósito para interromper a menstruação antes de tratamento com testosterona.

Outro aspecto que deve ser observado é em relação aos riscos. Existe risco muito alto de resultados adversos: eritrocitose (hematócrito, 50%). Ao mesmo tempo, existe o risco moderado de resultados adversos nos seguintes casos: disfunção hepática grave (transaminases; limite superior triplo do normal); doença arterial coronariana; doença cerebrovascular; hipertensão; e câncer de mama ou útero (HEMBREE *et al.*, 2017).

3.2.2. Mulheres Transgêneros

Existem duas classes principais de medicamentos usados em mulheres transexuais: terapias de estrogênio e terapias com hormônios redutores de andrógenos (T'SJOEN *et al.*, 2018).

Devido às recentes preocupações de segurança com o etinilestradiol sobre seu potencial pró-trombótico e seu papel potencial em doenças cardiovasculares, é preferível o estradiol oral, cutâneo ou intramuscular (IM).

As mulheres transgêneros muitas vezes requerem a adição de um medicamento para diminuir os níveis de testosterona até a faixa feminina, como a ciproterona oral, que atua principalmente como um bloqueador do receptor de andrógeno, mas também tem alguma atividade semelhante à progesterona. No entanto, dados relatórios de aumento do risco de meningiomas, associação com depressão e aumento do risco de hiperprolactinemia com o uso de ciproterona. No Reino Unido, mulheres transexuais agora são prescritas com agonistas de GnRH para diminuir as concentrações de testosterona. Já nos Estados Unidos, a espironolactona é a mais comumente prescrita. Esse medicamento é conhecido como um antagonista do receptor mineralocorticóide e um diurético poupador de potássio. Ele também tem propriedades antiandrogênicas, reduzindo diretamente a síntese de testosterona e a ação da testosterona no receptor de andrógeno.

Algumas mudanças físicas podem ocorrer nos primeiros três a dose meses de estrogênio e terapia antiandrogênica, tais como a diminuição do desejo sexual, diminuição das ereções espontâneas, diminuição de pelos faciais e corporais (geralmente suaves), diminuição da oleosidade da pele, crescimento do tecido mamário enrugado e redistribuição de gordura corporal. O desenvolvimento de seios é geralmente máximo em dois anos após o início da ação hormonal. Depois de um longo período, a próstata e os testículos sofrem atrofia.

Os médicos devem medir o estradiol sérico e a testosterona sérica para mantê-los no nível para mulheres na pré-menopausa (100 a 200 pg/mL e, 50 ng/dL, respectivamente).

Outro aspecto que deve ser observado é em relação aos riscos. Existe o risco muito alto de resultados adversos: doença tromboembólica. Ao mesmo tempo, existe o risco moderado de resultados adversos, tais como, macroprolactinoma; câncer de mama; doença arterial coronariana; doença cerebrovascular; colelitíase; e hipertrigliceridemia.

Algumas mulheres transsexuais podem experimentar queda de cabelo de padrão masculino, todavia essas mulheres podem buscar tratamentos para deter a queda de cabelo e/ou restaurar o cabelo, como os inibidores da 5-alfa-redutase.

4. Cirurgia e Incongruência de Gênero

Nesta seção, os principais procedimentos comuns em mulheres e homens transsexuais são descritos como possibilidades de intervenção cirúrgica.

4.1. Homens que querem se transformar em Mulheres

Os procedimentos mais comuns em mulheres transexuais são:

- Vaginoplastia;
- Aumento de Mama;
- Gluteoplastia;
- Lipoaspiração;
- Tireoplastia;
- Mentoplastia;
- Blefaroplastia;
- Lifting Facial.

Porém existe procedimentos mais específicos para adquirir ainda mais características da mudança:

- Frontoplastia Óssea;
- Aumento das Maças do Rosto;
- Rinoplastia;
- Transplante Capilar;
- Avanço do Couro Cabeludo;
- Brow Lifting;
- Diminuição do Lábio Superior;
- Osteotomias dos Maxilares;
- Microagulhamento na Sobrancelha;
- Mudança de Voz;
- Bichectomia.

54

4.2. Mulheres que querem se transformar em Homens

Os procedimentos cirúrgicos e estéticos mais comuns em homens trans são:

- Masculinização Corporal;
- Masculinização Facial;
- Masculinização Cervical (Pomo de Adão);
- Mamoplastia Masculinizadora com ou sem Prótese;
- Neofaloplastias;
- Metoidioplastia ou Faloplastia;
- Implante Capilar (Barba/Peitoral).

Porém existem alguns procedimentos mais específicos para adquirir ainda mais características da mudança, através de:

- Rinoplastia;
- Mentoplastia;
- Blefaroplastia;

- Otoplastia;
- Alongamento de Testa;
- Contorno das Maças do Rosto;
- Contorno do Queixo;
- Remodelação da Mandíbula.

5. Dilema Ético sobre Tratamentos de Incongruência de Gênero por Profissionais Cristãos

Até aqui, este artigo apresentou um panorama sobre tratamentos, suas condições e possibilidades, de indivíduos que apresentam incongruência de gênero. Foram apresentando do ponto de vista médico-científico as principais práticas, assim como suas limitações. Neste momento, pergunta-se: qual é a melhor conduta que o médico cristão especialista deve tomar, diante de um paciente que solicita mudanças corporais clínicas ou cirúrgicas transexuais? Baseado na experiência clínica destes autores, apresenta-se cinco atitudes procedimentais, as quais são viáveis e plausíveis, juntamente com suas justificativas.

Opção A. Consentir e realizar, respeitando o *livre-arbítrio* do paciente, apoiado no fato de a ciência médica atual aceitar como normal e já estar desenvolvida nesse sentido.

Opção B. Dizer que não realiza esse procedimento por não ter experiência na área, e encaminhar para algum colega ou serviço que tenha experiência em realizar estes procedimentos.

Opção C. Dizer que não realiza o procedimento e tentar dissuadir o paciente de sua escolha.

Opção D. Dizer que não realiza o procedimento e encaminhar o paciente para acompanhamento psicológico.

Opção E. Dizer que não realiza o procedimento, sem nenhuma outra discussão filosófica.

Esses cenários hipotéticos no cuidado de indivíduos incongruentes no gênero são cada vez mais frequentes nos consultórios de médicos especialistas sejam cristãos ou não. Tal assunto é pouco avaliado e discutido, podendo ser localizado em atendimento dos seguintes especialistas: clínicos gerais, dermatologistas, endocrinologistas, cirurgias gerais, cirurgias plásticas, cirurgias bucomaxilofaciais, otorrinolaringologistas, cirurgias pediátricas, ginecologistas e urologistas, dentre outros.

Antes de tentar responder essa pergunta é preciso entender que alguns pacientes não querem mudanças totais intersexo. Por vezes o paciente deseja uma feminilização ou masculinização facial mantendo seu corpo e genitália, ou ao contrário, mudanças no corpo e genitália mantendo a face. Em algumas situações, uma simples solicitação de histerectomia a um ginecologista tem a intenção de interromper a menstruação afim de não se identificar mais com essa situação feminina. Em outros casos, o paciente demanda um procedimento cirúrgico, realizado por otorrinolaringologistas, para modificar o timbre da voz, buscando uma identificação com o gênero vivido, e não o de seu nascimento. Alguns pacientes procuram, preenchimentos corporais, faciais e toxina botulina não para rejuvenescimento, mas para mudança de característica específicas de cada sexo junto a um dermatologista ou cirurgião plástico.

Através desses exemplos, nota-se que a temática pode envolver diversas especialidades médicas e espectros variados das características de um sexo ou do outro. Nota-se a intenção do paciente quando, por exemplo, uma mulher solicita uma mastectomia masculinizadora, ou inversamente, um homem solicita a inclusão de implantes de silicone femininos mamários.

Todavia, quando o paciente solicita tratamento hormonal intersexo ou uma cirurgia genitália transexualizadora, o médico tem a certeza de estar diante de um paciente com disforia de gênero. Existem pacientes que desejam a transição total de sexo com cirurgias faciais, corporais e genitais, além do tratamento hormonal. Porém, a intuição do especialista em acreditar que este movimento acontece apenas naqueles pacientes que desejam a transição total pode estar equivocada.

As opções propostas no cenário hipotético apresentam complexidade e dilema ético. Obter a justificação que embasa uma prática é objeto de análise das razões que embasam cada uma das alternativas.

5.1. Opção A: Consentir e Realizar

O *livre-arbítrio*, concedido por Deus ao ser humano, possibilita que este realize suas escolhas de forma autônoma. Deus permite que Suas criaturas tomem suas decisões e colham suas consequências. Deus dotou o ser humano com juízo, capacidade de escolha. Portanto, o médico cristão tem *livre-arbítrio* e deve respeitar o *livre-arbítrio* de seus pacientes, sendo esse um ponto pacífico.

Todavia, apesar de Deus ter dado liberdade para o ser humano, algumas escolhas Ele não disponibilizou para serem tomadas livremente. Por exemplo, o sexo cromossômico é definido no momento da **fecundação** sendo XX ou XY. Portanto, o ser humano não tem ainda juízo de escolha neste preciso momento da fecundação. As Escrituras testificam: “Pois Tu formaste o meu interior, Tu me teceste no interior de minha mãe. Graças dou por modo assombrosamente maravilhoso me formaste. As Tuas obras são admiráveis” (Sl 139:13-14). Como o sexo cromossômico fora definido antes de o ser humano ter seu próprio juízo, entende-se que essa escolha não é facultada à pessoa, embora médicos e pacientes tenham livre arbítrio.

Vale ressaltar que a classe médica é regida por ditames científicos, os quais mudam conforme o progresso da ciência, sendo que esse avanço é considerado aspecto basilar da prática da medicina. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que tais ditames científicos são por vezes filtrados pelo modelo evolucionista-naturalista, juntamente com suas premissas e cosmovisão. Em contrapartida, a cosmovisão criacionista, apesar de não ser necessariamente contrária à ciência, tem sido estereotipada de forma equivocada.

As sociedades médicas de especialidades aceitam os tratamentos transexualizadores, proporcionando uma mudança de paradigmas. E, aliado ao fato que esses tratamentos proporcionam um nicho rentável financeiramente, por ser uma área incipiente de pouca concorrência, o médico cristão precisa ter certeza da origem divina da vida no planeta e do ser humano, fazendo dessas premissas criacionistas um fator determinativo no processo de decisão. Portanto, conclui-se que a opção A não é uma decisão adequada para que um médico cristão.

5.2. Opção B: Negar o Procedimento por Inabilidade e Encaminhar o Paciente

Essa opção é muito tentadora para o médico cristão pelas seguintes vantagens. Em primeiro lugar, tal posicionamento evita qualquer embate filosófico no curto período da consulta médica. Em segundo lugar, esse posicionamento é uma prática médica comum em dias em que a prática é cada vez mais especializada, fazendo que o médico não realize todos os tratamentos dentro de sua especialidade.

Por exemplo, um cirurgião plástico poderia recusar um paciente e decidir não realizar cirurgias de mão, ou craniofaciais ou oncológicas, referenciando a outro colega que atue com mais frequência nessas áreas, atuando assim de forma seletiva dentro de sua especialidade. Portanto, tal justificativa é cada vez mais comum em uma medicina ultra especializada.

Porém as grandes desvantagens da conduta “B” são as seguintes. Em primeiro lugar, ao encaminhar o paciente para um especialista que realiza rotineiramente os procedimentos transexualizadores, este rápida e profissionalmente realizará os procedimentos solicitados e ainda indicará outros, sem talvez permitir que o paciente tenha tempo de refletir sobre suas escolhas. Além disso, muitas vezes o paciente diante do médico especialista cristão, pode estar tendo sua última oportunidade de refletir sobre mudanças definitivas no seu corpo.

Portanto, conclui-se que sobre esse ponto de vista, a opção B possa não ser a mais adequada para ser tomada.

5.3. Opção C: Negar o Procedimento e Dissuadir o Paciente

Pacientes que chegaram ao ponto de marcar a consulta buscando procedimentos transexualizadores costumam já haver amadurecido bem a questão. Nesses casos uma pausa para reflexão sobre sua escolha pode lhe causar incômodo, pois alguns já experienciam seu gênero vivenciado, oposto ao gênero atribuído no nascimento, por muitos anos. Dificilmente um médico conseguirá dissuadir um paciente com incongruência de gênero em uma consulta convencional, criando um ambiente de pausa reflexiva, muito menos de reversão.

Porém, alguns pacientes podem estar vivendo conflitos e dificuldades e estejam abertos a uma pausa reflexiva. É importante entender que cada caso é diferente e não há uma regra que possa atender a todos. Caberá uma pergunta sincera por parte do médico direcionada ao paciente: “Você gostaria de escutar o que penso a respeito?” É importante haver preparo técnico, delicadeza com a palavra e sobretudo real interesse pela pessoa.

Jesus foi acusado de andar com pessoas que a sociedade classificava negativamente. Essas pessoas sentiam-se atraídas pelo Salvador, pois Ele as amava incondicionalmente. Jesus amava o pecador independente de sua condição. Os pacientes transexuais também precisam de cuidados médicos com a saúde e o exemplo de Jesus deve ser normativo.

Portanto, conclui-se que a opção C, apesar de honrar o livre-arbítrio médico não está honrando o livre-arbítrio do paciente. Nesse contexto, é necessário o médico ter sensibilidade, amabilidade e a presença do Espírito Santo, para talvez poder trazer oportunidades de direcionamento.

5.4. Opção D: Negar o Procedimento e Encaminhar o Paciente para Acompanhamento Psicológico

Não apenas as ciências médicas vivem crises éticas. Apesar de ser interessante a opção D, caso o paciente aceite refletir sobre suas escolhas com um psicólogo, sabe-se que muitos profissionais da área ajudariam o paciente a amadurecer a ideia inicial, incentivando que não há outro caminho nem outra solução para os desígnios da natureza, favorecendo assim uma escolha que contrarie as leis do Criador.

Por outro lado, muitas decisões de pacientes com disforia de gênero podem estar fundamentadas em transtornos de comportamento, que podem ter diversas origens. Assim, a reflexão e tratamentos psicológicos são adequados para curar feridas longas e profundas, assim como aliviar este e outros sofrimentos.

Portanto, conclui-se que embora a opção D pareça ser adequada para o médico cristão, é de suma importância o cuidado com o tipo de tratamento oferecido, lembrando que ferimentos crônicos cicatrizam lentamente.

5.5. Opção E: Negar o Procedimento e Não Realizar Nenhuma Reflexão Filosófica

Por mais agradável que seja essa opção, a reflexão é necessária. Poderia ser o caso que o médico esteja à frente de um paciente que tem sua última chance antes de modificar seu corpo definitivamente. Assim, esquivar-se completamente do assunto pode ser considerado como sendo uma omissão. Vale ressaltar que os pacientes que já fizeram as modificações corporais também são alvos da graça salvadora de Cristo que os alcança. Porém as consequências desta decisão são perenes e, portanto, atenção necessária precisa ser dada ao paciente que ainda não realizou a transição.

A maioria dos colegas especialistas tem grande demanda de trabalho e afazeres. Seria mais fácil dizer que não executa procedimentos que fogem dos ditames de sua consciência sem dar essa explicação para não entrar no campo filosófico e seguir com uma *multidão* de outras atividades médicas. Porém nosso Salvador, por vezes no meio das *multidões* de pessoas, parava Suas atividades e perguntava quem havia O tocado, pois Dele havia saído poder (Lc 8:46). Outras vezes, Jesus parava Sua trajetória sob uma figueira e olhava para cima em busca de marginalizados que precisavam de cura (Lc 19:1-10). Em outra ocasião, Jesus parou Suas atividades em um sábado, para trazer cura física e emocional a um paraplégico (Jo 5:1-18). O exemplo de Jesus deve direcionar os esforços do médico cristão.

Enganou-se o colega especialista que acreditou que este artigo apresentaria uma resposta fácil e concreta para o problema inicial, pois o médico cristão exerce sua especialidade diante de um mundo em constante mudança e crise ética em todos os setores.

Entretanto, conclui-se que alguns itens concretos e basilares devem nortear a conduta médica frente aos procedimentos de indivíduos com incongruência de gênero:

Nosso Deus é o Criador e mantenedor da vida. Ainda que pareça que estejamos num barco sem controle, o Senhor está assentado no seu trono (Ap 4:1; Is 6:1; Hb 2:20).

Mesmo que nosso planeta tenha saído perfeito das mãos do Criador, os anos de afastamento moral consequentes a queda do homem tem trazido disfunção, doença e morte (Rm 6:23).

Um plano de restauração já está em ação. Assim, médicos cristãos são coobreiros de Cristo, chamados a aliviar a dor que aflige a humanidade e a restaurar o ser humano à imagem e semelhança do Criador, a fim de que a raça humana possa um dia viver em um mundo restaurado (Jo 1:29; Gn 1:26; Ap 21:1).

Os pacientes que já realizaram procedimentos transsexualizadores são pessoas que necessitam de tratamentos médicos e o profissional cristão deve tratá-los com o máximo respeito, conduzindo tratamentos médicos sem nenhum viés de ideologia e preconceito (Mt 4:24; Lc 4:18, 40; 6:19).

Com relação ao consentimento em realizar procedimentos transsexualizadores:

Vale ressaltar que consta no Código de Ética Médica, no artigo 8, sobre o direito à objeção de consciência que é o direito do médico de recusar-se a realizar atos médicos que, “embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (Resolução Nº 2.232, de 17 de julho de 2019).

6. Considerações Teológicas

O cuidado médico de indivíduos com incongruência do gênero tem sido objeto de atenção multidisciplinar. Ao passo que diretrizes de prática clínica têm sido apresentadas para melhorar a qualidade dos resultados do cuidado de indivíduos diagnosticados com incongruências do gênero, a prática médica de um profissional cristão deve levar em conta, além dessa abordagem multidisciplinar, a cosmovisão bíblica para enriquecer a tomada de decisão no oferecimento dos melhores cuidados.

Qual deve ser a postura de um profissional da saúde cristão no cuidado de indivíduos com incongruência do gênero? Assumindo que tal profissional cristão aceita a autoridade da Bíblia como regra de fé e prática, como tal compromisso afetaria uma prática médica?

Em primeiro lugar, o paradigma edênico de sexualidade e gênero se expressa em uma forma marital monogâmica e heterossexual. “Por isso, deixa o homem pai e mãe e se une à sua mulher, tornando-se os dois uma só carne” (Gn 2:24). A introdução “por isso” (*‘al-kên*) sugere que a relação entre um homem e uma mulher seria o padrão de união não apenas para o casal edênico, mas também um paradigma para todas as futuras relações sexuais humanas. Tal união sexual entre um homem e sua mulher é enraizada em um paradigma da criação, o qual, uma vez aceito, torna-se normativo para toda intimidade sexual dentro de um design marital. Esse paradigma endossa a visão que o ser humano, em sua natureza, é um ser sexual, e, por conseguinte, tal sexualidade é expressa de forma binária.

Muito embora as questões de gênero na contemporaneidade sejam analisadas em um paradigma não binário, endossando um *continuum* diversificado de expressão de gênero e identidade, com diferentes níveis de intensidade, desejo, seguido por transição física e hormonal, o testemunho do cânon bíblico endossa o paradigma marital edênico como sendo binário e normativo.

Entretanto, o ideal divino nem sempre é seguido em decorrência do pecado, fazendo que algumas narrativas bíblicas registrem incongruências maritais e de gênero devido ao afastamento voluntário do ideal divino.

Em segundo lugar, a prescrição de sexualidade da legislação bíblica aponta para a universalidade e normatividade de conduta sexual. A força dessa normatividade é vista em vários níveis de ofensas sexuais descritos na Bíblia, tais como: incesto, adultério, bestialidade e relações homossexuais (Lv 18; 20). Tais comportamentos são tratados como graves, baseado na punição capital que a legislação prescreve. Essas punições radicais podem levar um leitor contemporâneo a inferir que a legislação mosaica é irracional, pré-ética ou meramente ritual. Não é sem razão que simpatizantes LGBTQIA+ rapidamente rejeitam a normatividade prescritiva comportamental da moralidade bíblica como sendo expressão de uma visão de mundo primitiva e antiquada, em contraste com os valores sociais e éticos da civilização ocidental do século XXI.

Outros, em vez de rejeitar o texto bíblico como antiquado, e, por conseguinte, descritivo ao invés de prescritivo, preferem reinterpretá-lo usando a lógica da verdade progressiva, a qual preconiza a religião do Novo Testamento sendo a religião do amor, da aceitação e da hospitalidade, ao passo que a visão do Antigo Testamento seria estereotipada como violenta, patriarcal, fática e etnocêntrica. Esse tipo de atualização da Bíblia aos valores contemporâneos, portanto, endossaria valores como a aceitação, hospitalidade e inclusão, como sendo parte do mandato bíblico, em vez de enfatizar uma norma moral e sexual da prescrição mosaica bíblica. No entanto, essa atualização da prescrição de expressão e comportamento da sexualidade compromete o ensino coerente e correspondente à visão normativa bíblica da sexualidade humana.

Apesar da severidade da legislação mosaica para incongruências de comportamento sexual e do gênero, o foco interpretativo não deve estar na ação disciplinar, mas na instituição à qual a instrução legal pretende proteger. Isto é, a severidade da pena é proporcional à importância da preservação de um ideal bíblico de santidade nas expressões de intimidade afetiva entre os seres humanos. Gagnon (2001) é categórico ao afirmar que o oposto da homossexualidade não é a heterossexualidade, mas a santidade. Portanto, a discussão de incongruência do gênero ao invés de ser abordada de forma moralista, em suas contrafações conceituais (ex., homo versus hétero), deve ser enquadrada em um contexto mais amplo à luz do Criador, cujo caráter é descrito como santo, justo e bom.

Em outras palavras, é possível ser tanto hétero ou LGBTQIA+ e *não ser santo*. A santidade é um atributo divino que é compartilhado com os seres humanos. “Sede santos, porque Eu sou santo” (1Pe 1:15). O oposto também pode ser verdade, considerando-se que toda a raça humana (homo e hétero) está em alienação de seu criador (Rm 3:23), aliada à promessa de que todos podem ter acesso à santidade se permitirem serem alcançados por Deus, o agente da santificação. Nesse raciocínio, todos pecaram e, portanto, todos podem ter a oportunidade de serem restaurados.

A ética sexual bíblica aponta para um ideal prescritivo de *design* marital, porém sempre apontando a paciência divina àqueles que voluntariamente decidem seguir caminhos alternativos ao paradigma edênico. Por exemplo, a aparente tolerância divina em diversas narrativas bíblicas em relação a formas de incongruência do gênero e comportamento sexual, como em casos de poligamia na Bíblia, longe de justificar essas práticas, indica o desejo de Deus de resgatar Seus filhos, assim como as consequências profundas de um estilo de vida sexual alheio ao ideal divino preconizado pelo Criador.

Com base nessa breve reflexão, qual deve ser a atitude do profissional da saúde ao tratar com temas ligados a incongruência do gênero?

Afirmando a visão binária de sexo e gênero, e ao mesmo tempo, entendendo que, em decorrência do pecado, a prática médica do profissional cristão não deve ignorar o *continuum* identitário de gênero e o sofrimento humano em decorrência destas disforias. O princípio da paciência divina não reduz o ideal normativo de sexualidade, mas possibilita Deus encontrar o ser humano exatamente onde ele se encontra, enquanto pecador, em suas ambiguidades e incongruências (2Pe 3:5).

Advertir indivíduos transgêneros sobre os riscos das cirurgias de mudança de sexo e transgenitalização, assim como hormonioterapias. Porém, a prática médica do profissional cristão, apesar de não incentivar essa transição, e no uso de sua liberdade, não deve negar auxílio àqueles que voluntariamente decidiram por tal mudança (Lc 10:25-37). Porém, caso a consciência do prestador não lhe permita realizar o tratamento, cabe o encaminhamento do paciente a outro prestador de serviço médico.

Auxiliar aqueles que experimentam incongruência do gênero a procurar uma maneira bíblica de lidar com sua angústia. Incentivar a busca pelas provisões de Deus e a antecipação da volta de Cristo, quando aquilo que é corruptível (incongruente) se revestirá de incorruptibilidade (congruência) em glória.

7. Declaração de Consenso

Em resumo, este artigo introduziu a questão de sexo e gênero em suas definições científicas, apresentando brevemente o protocolo de cuidado de indivíduos com incongruência de gênero pela perspectiva da psiquiatria, endocrinologia e cirurgia. Constatou-se a complexidade do assunto e a necessidade de abordagem multidisciplinar no cuidado e

tratamento. Em seguida, buscou-se situar os dilemas de um profissional da saúde cristão através de reflexão ética sobre possíveis procedimentos de atitude na prestação do tratamento médico. Este artigo finaliza oferecendo uma breve reflexão teológica sobre a sexualidade, seguindo um paradigma bíblico sobre o assunto.

Desta forma, na forma de declaração de consenso:

Nós, médicos adventistas da Associação dos Médicos Adventistas do Sul do Brasil, cremos que Deus criou o ser humano com dois sexos, masculino e feminino, com a finalidade não somente de procriação, mas de fortalecer a relação matrimonial entre o homem e a sua mulher.

Nós compreendemos que o pecado provocou alterações significativas de sentimentos, insatisfações sexuais e nós, seguindo o exemplo de Cristo, respeitamos e amamos a todos os seres humanos, independentemente de sua identidade de gênero.

Nós devemos em nossa atividade profissional, junto a estas pessoas, demonstrar o amor de Cristo, auxiliá-los com o nosso conhecimento e fé, com a nossa experiência científica e teológica. E legalmente, como profissionais de saúde, por objeção de consciência, por conflito moral, podemos escolher não praticar condutas que estejam em desacordo com os nossos valores individuais.

Referências

ARÁN, Márcia *et al.* Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1.141-1.149, ago. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/SBVq6LKYBTWNR8TLNsFdKkj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>.

ARÁN, Márcia *et al.* Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2 abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bVhTsYHczGZMK3HMHVHTFVsg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>

BERTELLONI, Silvano; BARONCELLI, Giampiero I.; FERDEGHINI, Marco; MENCHINI-FABRIS, Fabrizio; SAGGESE, Giuseppe. Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. **European Journal of Pediatrics**, v. 159, n. 5, p. 369-374, 9 abr. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s004310051289>.

BOUMAN, Mark-Bram; VAN ZEIJL, Michiel C.T.; BUNCAMPER, Marlon E.; MEIJERINK, Wilhelmus J.H.J.; VAN BODEGRAVEN, Ad A.; MULLENDER, Margriet G. Intestinal Vaginoplasty Revisited: a review of surgical techniques, complications, and sexual function. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 7, p. 1835-1847, jul. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12538>.

CLAAHSEN-VAN DER GRINTEN, Hedi *et al.* Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up. **European Journal of Pediatrics**, v. 180, n. 5, p. 1.349-1.357, 2021. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-020-03906-y>. Acesso em: 6 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>.

GANGNON, Robert A. J. **The Bible and Homosexual Practice: Texts and Hermeneutics**. Nashville, TN: Abingdon Press, 2001.

GOLDENBERG, Paulete *et al.* **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HEMBREE, W. C. CORRIGENDUM FOR Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: an endocrine society clinical practice guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 103, n. 7, p. 2.758-2.759, jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2018-01268>. Acesso em: 14 set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2018-01268>.

KUHNEN, Barbara *et al.* Cirurgia de feminização facial em transexuais: reflexões éticas e forenses. **Revista Bioética**. Brasília, v. 28, n. 3, p. 432-439, jul.-set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SdhwcTNdsxd4Q74ygfqj36d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021. DOI: 10.1590/1983-80422020283404.

LIMA, Fátima & CRUZ, Kathleen Tereza da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latino Americana**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 162-186, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/ysH4rWB8QMgdW33DGqWtrpx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a>.

OLSON, Johanna *et al.* Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. **Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 57, p. 374-380, 2015. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00216-5/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00216-5/fulltext). Acesso em: 6 out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>.

ROTH, C.L.; BRENDEN, L.; RÜCKERT, C.; HARTMANN, K. Antagonistic and Agonistic GnRH Analogue Treatment of Precocious Puberty: tracking gonadotropin concentrations in urine. **Hormone Research in Paediatrics**, [S.L.], v. 63, n. 5, p. 257-262, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000086685>.

SILVA JUNIOR, Aureliano Lopes da. Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais. **Saúde Soc, São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 464-480, abr.-jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7B9J7jkJ4tGg8XFYPQ7dCGq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170771>.

SKORDIS, Nicos *et al.* Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. **Hormones**, Athens, v. 19, n. 3, p. 267-276, set. 2020. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s42000-020-00174-1>. Acesso em: 6 out. 2021. DOI: 10.1007/s42000-020-00174-1

STEENSMA, Thomas D.; KREUKELS, Baudewijntje P.C.; VRIES, Annelou L.C. de; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Gender identity development in adolescence. **Hormones And Behavior**, v. 64, n. 2, p. 288-297, jul. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>.

STULTIËNS, Loes; DIERICKX, Kris; NYS, Herman; GOFFIN, Tom; BORRY, Pascal. Minors and Informed Consent: a comparative approach. **European Journal of Health Law**, v. 14, n. 1, p. 21-46, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1163/092902707x182788>.

TRINDADE, Caio de Azevedo *et al.* **Posicionamento Conjunto: medicina diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero. SBPC, SBEM, CBR**, Rio de Janeiro, p. 1-36, 2019. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_trangenero_sbem_sbpcml_cbr.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

T'SJOEN, Guy *et al.* Endocrinology of Transgender Medicine. **Endocrine Reviews**, v. 40, n. 1, p. 97-117, fev. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1210/er.2018-00011>. Acesso em: 22 set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>.

VRIES, Annelou L.C. de; STEENSMA, Thomas D.; DORELEIJERS, Theo A.H.; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Puberty Suppression in Adolescents with Gender Identity Disorder: a prospective follow-up study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, n. 8, p. 2276-2283, ago. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.

WIERCKX, Katrien; VAN CAENEGEM, Eva; SCHREINER, Thomas; HARALDSEN, Ira; FISHER, Alessandra; TOYE, Kaatje; KAUFMAN, Jean Marc; T'SJOEN, Guy. Cross-Sex Hormone Therapy in Trans Persons Is Safe and Effective at Short-Time Follow-Up: results from the european network for the investigation of gender incongruence. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 8, p. 1999-2011, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12571>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). CID-11 For Mortality and Morbidity Statistics. **WHO**, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 06 out. 2021.