



“A gente vai aceitar calado?”: o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

“Are we going to accept this silently?”: the current debate on health policies for trans children and adolescents*

*“¿Vamos a aceptarlo sin decir nada?”: el debate actual sobre las políticas sanitarias para la infancia y la adolescencia trans**

Francisco Borges¹

 [0000-0001-7204-7164](https://orcid.org/0000-0001-7204-7164)

Resumo: Neste artigo discuto as atuais leis restritivas de acesso à saúde para crianças e adolescentes com experiências trans, enfatizando o contexto brasileiro. A partir de pesquisa etnográfica e estudos historiográficos, analiso: os efeitos que tais mudanças normativas produziram na prática de profissionais de saúde e em adolescentes; como as categorias “irreversível”, “tempo” e “linearidade” atuam na transgeneridade infantojuvenil; e o modo como os saberes médicos aferem gênero a partir de “índices” e “taxas” de “destransição” e “arrepentimento”. Por fim, especulo os sentidos múltiplos que “destransição” pode carregar a partir de projetos corporais pautados na imprevisibilidade.

Palavras-chave: Infância e adolescência. Transgeneridade. Destransição. Saúde. Direitos.

Abstract: This article discusses the current restrictive laws governing access to healthcare for transgender children and adolescents, emphasizing the Brazilian context between 2023 and 2025. Drawing on ethnographic research and historiographic studies, I analyze: the effects these normative changes have produced in the practices of healthcare professionals and in adolescents’ lives; how the categories of “irreversibility,” “time,” and “linearity” operate in childhood and adolescent transgender experiences; and the ways in which medical knowledge assesses gender through “indices” and “rates” of “detransition” and “regret.” Finally, I speculate on the multiple meanings that “detransition” may carry when understood through bodily projects grounded in unpredictability.

Keywords: Childhood and adolescence. Transgender. Detransition. Health. Rights.

Resumen: Este artículo analiza las actuales leyes restrictivas de acceso a la salud para la niñez y adolescencia con experiencias trans, poniendo énfasis en el contexto brasileño entre los años 2023 y 2025. A partir de investigación etnográfica y estudios historiográficos, analizo: los efectos que estos cambios normativos han producido en la práctica de profesionales de la salud y en las experiencias de adolescentes; cómo las categorías de “irreversibilidad”, “tiempo” y “linealidad” operan en la transgeneridad infantojuvenil; y el modo en que los saberes médicos evalúan el género a partir de “índices” y “tasas” de “destransición” y “arrepentimiento”. Finalmente, especulo sobre los múltiples sentidos que puede asumir la “destransición” a partir de proyectos corporales basados en la imprevisibilidad.

Palabras-clave: Infancia y adolescencia. Transgeneridad. Destransición. Salud. Derechos.

¹ Doutorando em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo - USP, com bolsa de pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Lattes: [2230163281738178](https://lattes.cnpq.br/2230163281738178) - E-mail: franciscodasaguas@usp.br



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

Introdução

No tópico introdutório explanarei brevemente sobre o atual contexto brasileiro quanto aos direitos de crianças e adolescentes trans no âmbito das decisões institucionais que versam sobre acesso à saúde. O modo como essas decisões reverberaram no cotidiano de serviços de saúde produzindo medo e sentimento de vigilância, por parte de profissionais de saúde, e frustração e outras produções de sentido, por adolescentes, serão brevemente descritas no segundo tópico a partir de alguns relatos etnográficos feitos em um serviço de saúde, o qual foi designado como *Serviço Y*, tornado anônimo por questões éticas². Reflito ainda como a perspectiva histórica e antropológica podem trazer outros modos de entender o debate público sobre infâncias e adolescências trans: a própria história das práticas clínicas na constituição da categoria “transexualidade” ou “transgeneridade” é multifacetada, categorias médicas mudam de sentido assim como as intervenções (cirurgias e uso de hormônios). Em contraposição à ideia de que infâncias e adolescências trans são aparições recentes na medicina, datadas do final do século XX e início do XXI, há registros de jovens com experiências trans* acompanhados(as/es) por médicos desde a década de 1950 (American Historical Association *Et al.*, 2024, p. 14). Por fim, na segunda metade do artigo discuto a atual correlação entre transições na infância e na adolescência e o discurso sobre taxas e índices de destransição. Problematizo o modo como os estudos do campo da medicina têm tentado definir o que seria destransição e arrependimento, para especular os sentidos múltiplos que esses fenômenos podem carregar.

*

As infâncias e adolescências trans*³ têm sido alvo de um conjunto de ações políticas e jurídicas em vários países do mundo, especialmente se produziram modificações em

² As reflexões e dados etnográficos analisados neste artigo são fruto de uma pesquisa de doutorado em andamento no departamento de Antropologia Social da Universidade de São Paulo, sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). A pesquisa obteve aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 81958224.9.0000.0138. Optou-se por não identificar o serviço para proteção de participantes.

³ O termo trans* (asterisco) adotado aqui indica experiências de transito de gênero de modo mais amplo, e não “identidades” de gênero necessariamente. O trans* corresponde ao modo que Halberstam (2023, p. 84) empregou: “o termo trans* usa o asterisco para manter a abertura para muitas histórias de variação corporal e para as muitas formas por meio das quais essas histórias foram desenvolvidas”. Essa abertura compreende transições que não partem de um lugar para outro, como destino que cruza ao gênero oposto.



normativas que regulam o acesso ao acompanhamento clínico. Entre 2021 e 2025 nos Estados Unidos, 28 estados promulgaram leis que proibiram ou restringiram práticas médicas voltadas para menores de idade transgênero. Segundo dados levantados pelo *Moviment Advancement Project* (2025), o ano de 2023 é particularmente emblemático, com leis proibitivas em 19 estados. No mesmo ano, na Inglaterra, o serviço especializado em identidade de gênero voltado para crianças e jovens, fechou suas portas. Após uma série de tensões na clínica Tavistock, que vinham se desenhando desde 2020, o serviço nacional de saúde da Inglaterra (NHS) encomendou um relatório à pediatra Hilary Cass, que ficou conhecido como *The Cass Review*, lançado em abril de 2024, que concluía haver baixas evidências sobre os procedimentos clínicos adotados para acompanhamento de menores trans. O *The Cass Review* emerge em um contexto de casos midiáticos de destransição na Inglaterra, o mais conhecido foi o de Keira Bell, que ingressou com ação judicial contra a clínica Tavistock argumentando incapacidade de consentimento para intervenções médicas que teve acesso (Garland *Et al.*, 2023).

No Brasil, também em 2023, foi instalada uma Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI), encabeçada por partidos de extrema direita, com a finalidade de investigar o Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS), com sede no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Em grande medida, as controversas que envolvem as clínicas de gênero para menores se referem ao debate da capacidade de consentimento, que implica em avaliar os chamados “arrependimentos” posteriores e caso de “destransição”. Um dos propósitos deste artigo é refletir sobre os vários sentidos que o fenômeno do arrependimento e destransição têm permeado as minoridades trans, e nos tópicos finais busquei colocar questões analíticas sobre trânsitos e destransições.

Há um ano, em 2024, profissionais do serviço que faço pesquisa etnográfica estavam discutindo os efeitos do *Cass Review*. Com a eleição de Donald Trump para a presidência dos EUA, em 2025, se institui um sentimento de insegurança, ainda que aparentemente distante da realidade brasileira. Passados alguns meses da eleição de Trump, em 11 de abril, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a *Resolução n° 2.427*, que proibia o uso de bloqueadores de puberdade para jovens trans e elevava para 18 anos a idade mínima de acesso à hormonização cruzada. Após mobilizações de movimento social organizado, de familiares e pessoas trans, houve uma série de ações, entre as quais a entrada de processo no



Ministério Público. Com isso, a resolução 2.427/2025 foi suspensa no dia 25 de julho de 2025, por decisão da Justiça Federal do Acre (SJAC) em ação movida pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Medicina (CFM). No entanto, no dia 02 de outubro, o Supremo Tribunal Federal (STF) revogou a decisão da SJAC de ter suspenso a *Resolução*, e assim reestabeleceu sua validade até que o STF julgue se ela fere princípios constitucionais.

Esse conjunto de ações políticas que hoje visam principalmente crianças e adolescentes trans, é parte do processo histórico denominado nos últimos anos de movimento antigênero, responsável por nutrir um sentimento de temor em relação ao termo “gênero”. Butler (2024) escreve sobre esse sentimento antigênero, as bases da formulação da ideia de “ideologia de gênero” pela Igreja Católica a partir de documentos desde 1990, no intuito de demonstrar, não o processo pelo qual gênero passou a ser encarado como um fantasma, mas de entender a estrutura desse “fantasma”, o que ele reúne sob sua rubrica, seus mecanismos de incitação e o que o torna vigoroso. O ponto é que esse fantasma tem provocado retrações em direitos, atua como desestabilizador nos contextos antidemocráticos e tem sido um signo eleitoral poderoso. Um exemplo notável disso foi a ação do STF acatando a reclamação do CFM e restabelecendo a validade da *Resolução 2.427*, somada ao decreto presidencial que versa sobre proibição da linguagem neutra⁴. Essas ações políticas, tomadas em ano de eleições presidenciais, devem ser encaradas, no mínimo, como uma estratégia do atual governo para se defender de acusações de propagador da “ideologia de gênero”, tamanha mobilização que o fantasma do gênero produz nas disputas eleitorais.

A mencionada Comissão de Inquérito Parlamentar que investigou o AMTIGOS, ocorrida na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, em 2023 no Brasil, é um exemplo da circulação desse fantasma. As conclusões desse inquérito não afetaram o funcionamento do AMTIGOS, ao contrário do desfecho produzido no contexto inglês. Ao longo das reuniões da CPI, vários médicos foram chamados para depor, e essas ocasiões serviam para a produção de conteúdo midiático nas redes sociais de alguns políticos, muitas vezes com caráter fortemente apelativo sobre a “proteção” da infância e do terror da “ideologia de gênero”, bem como uma produção narrativa de que havia crianças sendo

⁴ A Lei nº 15.263/2025 (Política Nacional de Linguagem Simples) estabelece, em seu art. 5º, inciso XI, que a administração pública federal não deve utilizar “novas formas de flexão de gênero e de número” em desacordo com as normas gramaticais, o VOLP [Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa].



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

submetidas a cirurgias e uso de hormônios. Em reportagem ao jornal *Gazeta*, um vereador do União Brasil, declarou:

Realizar tratamento hormonal ou procedimento preparatório para mudança de sexo em crianças é um crime. Enquanto esses pais se valem do HC da USP para satisfazer a própria esquizofrenia ideológica e submeter os filhos a experimentos, pessoas com doenças graves ficam sem atendimento adequado (Silva, 2023, parágrafo 4).

Manchetes dúbias em jornais produziam a ideia de que havia menores de 16 anos que estavam sendo submetidos a procedimentos médicos por influência⁵. Além disso, nos meses em que se montava a CPI, vídeos circulavam em redes sociais disseminando a ideia falsa de que as crianças entre 4 e 12 anos passavam por cirurgias genitais⁶. Outra manchete tendenciosa do jornal *Oeste*, de Crystian Costa (2023), tinha como chamada: “Hospital tem quase 300 menores de idade fazendo transição de gênero” e logo abaixo: “procedimento envolve bloqueio de puberdade, hormonização cruzada, e em alguns casos, até cirurgia de redesignação”⁷. Pela chamada, é claro o viés de associação entre menores de idade e “cirurgia de redesignação”, no entanto, essa prática não era legal para menores segundo a norma do CFM vigente em 2019, o que demonstra escancaradamente uma informação falsa ainda veiculada no jornal *online*. Como se pode perceber, a produção desse discurso não era um caso isolado no Brasil, e a “infância trans” se tornava mundialmente alvo de ações políticas que tiveram efeitos concretos nos direitos e na vida dessas crianças e adolescentes.

Conforme a legislação brasileira e as normativas do CFM vigentes no ano de 2023, não era permitido a hormonização cruzada em pessoas menores de 16 anos, e as cirurgias eram permitidas a partir dos 18 anos. A *Resolução nº 2.265/2019* do CFM, que versa sobre atendimento médico a pessoas com “incongruência de gênero”, foi a primeira a tratar de crianças e adolescentes trans no Brasil e regula a aplicação do chamado “bloqueio puberal”, o que não era previsto pela *Resolução anterior (1.955/2010)*. Conforme a *Resolução nº 2.265/2019*, o bloqueio puberal é feito em caráter experimental de pesquisa e, portanto, deve ser submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa para sua realização, ligados à centros de pesquisa. O bloqueio puberal consiste na interrupção do desenvolvimento de hormônios

⁵ Ver manchete em: <https://www.gazetasp.com.br>.

⁶ O jornal *Estadão* realizou uma apuração e concluiu que circulam vídeos com informações falsas sobre o atendimento a crianças trans no Hospital das Clínicas da USP, desmentindo boatos sobre cirurgias de transição de gênero em menores. Para mais detalhes, consulte: Estadão Verifica (2023).

⁷ Ver a manchete em: Costa (2023). Disponível em: <https://revistaeste.com>.



sexuais, o que impede o desenvolvimento de mamas, barba e a menstruação, por exemplo. Segundo a *Resolução* de 2019, o bloqueio é vedado antes do desenvolvimento da puberdade, permitindo seu início em crianças ou adolescentes somente a partir do que é designado por estágio puberal *Tanner II*. Já a chamada “hormonioterapia cruzada” pode ser iniciada a partir dos 16 anos, mediante autorização expressa de responsáveis legais. Antes dessa *Resolução*, havia um *Parecer* (nº 8 de 2013) que regulamentava o bloqueio puberal para casos de variabilidade de gênero.

Ou seja, em termos práticos, poucos lugares eram autorizados a fazer o bloqueio puberal após a *Resolução* de 2019, em torno de cinco serviços efetuavam essa prática clínica em 2023 no Brasil. Dada a dimensão territorial do país, há regiões inteiras sem serviços voltados para crianças e adolescentes com experiências trans. Famílias com menores de idade relatam trajetos longos para ter acesso a um serviço: “Viajo 450 quilômetros pra meu filho ter acesso”. Esse relato foi dado por uma mãe no *chat* de uma reunião de organizações dos atos nacionais contra uma nova *Resolução* do CFM que, como dito, modificou profundamente as normas vigentes.

A *Resolução* 2.427 publicada em abril de 2025 institui uma série de mudanças, as principais constam nos artigos 5º e 6º. O artigo 5º veda o uso de “[...] bloqueadores hormonais para tratamento de incongruência de gênero ou disforia de gênero em crianças e adolescentes” (CFM, 2025). No mesmo artigo consta que a vedação não se aplica a casos de puberdade precoce, afirmando que nesse caso é cientificamente indicado. O artigo 6º, sobre hormonização cruzada (uso de testosterona e estrogênio), veda seu início antes dos 18 anos, e coloca ainda como condição para o uso o acompanhamento clínico de um ano, mesmo a pessoa sendo maior de idade. A ênfase do acompanhamento indicado é psiquiátrica e endocrinológica. Várias associações médicas de especialidades distintas publicaram notas contrárias à *Resolução*. É notável que os argumentos desta *Resolução* estão ancorados no relatório *Cass Review*, já criticado pelas bases científicas e metodológicas frágeis⁸.

O relator da *Resolução* 2.427/2025, Raphael Parente, médico ginecologista, deu entrevista afirmando um possível “sobrediagnóstico” e que a decisão do CFM seguia uma

⁸ Uma análise crítica do relatório da *Cass Review* publicada na revista científica *BMC Medical Research Methodology* (Noone *Et al.*, 2025) identificou elevado risco de viés nos estudos sistemáticos que fundamentaram a revisão, e erros metodológicos. Ver também Moore *Et al.* (2025).



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

postura mundial de restrição de acesso aos procedimentos médicos para infância e juventude trans. Ao mesmo tempo que afirmava haver um sobrediagnóstico e aumento de taxa de “arrependimento”, também citava que não havia pesquisas com dados robustos que avaliem esses números; além disso, são geralmente alegados prejuízos a saúde do uso de bloqueadores de puberdade. Parente é conhecido também pelos posicionamentos contra o aborto legal conforme legislação brasileira, previsto em caso de estupro. Já defendeu abstinência sexual enquanto política pública para gravidez na juventude, atuou no governo de Jair Bolsonaro (2019 - 2023) no ano de 2020 como secretário de Atenção Primária no Ministério da Saúde (Felizardo, 2024).

Entidades do movimento social organizado, também se manifestaram. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT), protocolaram *Ação Direta de Inconstitucionalidade* (ADI 7806) no Supremo Tribunal Federal. Movimentos de mães e familiares publicaram notas e organizaram mobilização nacional com atos públicos em algumas cidades pelo país⁹.

“O que a gente fez pra eles?”: adolescentes trans disputando retóricas médicas ao longo da história

O dia 11 de abril de 2025 é uma manhã tensa, a equipe de saúde do *serviço Y* discute como será o posicionamento diante de possíveis questionamentos ou encaminhamentos de adolescentes que estavam iniciando o processo para começar a hormonização, falam de um sentimento frustrante. A hormonização antes de 18 anos se tornava proibida, e as conversas giravam em torno do que fazer, como lidar com a situação e as implicações práticas, que se revelaram como um dilema não apenas de prática médica, para alguns, mas do questionamento do que seria ético fazer. Duas profissionais no final dos atendimentos conversam nesse dia:

Lisis: então, assim, eu, no ponto de vista, eu não vou comprar essa briga. Porque eu sei que a gente é o lado mais fraco, não vale a pena comprar essa briga, eu não vou

⁹ Em resposta ao contexto da Resolução do CFM, o ambulatório mais conhecido pelo pioneirismo no Brasil em relação a infância, o AMTIGOS, organizou o *I Simpósio de Saúde de Crianças e Adolescentes com Variabilidade de Gênero* entre os dias 24 e 25 de maio de 2025, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Estavam presentes todos os serviços especializados neste campo, somavam seis naquela ocasião. Os serviços se reuniram ao final do *Simpósio* para elaborar posicionamentos técnicos solicitados pelo STF na referida ADI aberta pela ANTRA e pelo IBRAT, ainda em andamento. O processo pode ser acessado através do site do Supremo Tribunal Federal no endereço eletrônico: <https://redir.stf.jus.br>.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

mais prescrever. Por que você estava prescrevendo? [ela faz uma pergunta retórica]
Porque a gente tinha uma resolução.

Fild: Não é nem continuar prescrevendo, mas assim, o que eu vou fazer?

Lisis: Você vai fazer no seu consultório a mesma coisa que a gente vai fazer aqui.

Fild: Eu tô com a preocupação igual, Lisis. Eu não vou mais prescrever e aí eu não faço nada? (anotações caderno de campo, abril de 2025).

A preocupação de Fild¹⁰ nesse diálogo que presenciei em campo era de outra ordem, Fild se perguntava não o que fazer em termos legais, mas qual a posição ética e política que deveria tomar diante das novas normas. Fild perguntava se não prescrever também não seria antiético com pacientes que acompanha. O sentimento de vigilância, insegurança e de raiva eram expressos pela equipe, a ideia de “a gente é o lado mais fraco”, dita por Lisis, evidencia uma disputa e uma série de camadas que impossibilitam, do ponto de vista etnográfico e de análise antropológica, designar o que seria “o” discurso médico sobre infâncias e adolescências trans, uma vez que essa área de conhecimento se revela em franco conflito nos discursos médicos. Esse conflito também se revela nas várias notas que foram emitidas por associações médicas em desacordo com a *Resolução 2.427* do CFM. Em especial, profissionais de saúde de serviços voltados para população trans menor, trabalham com a preocupação constante de serem alvos de investigação e ataques a qualquer momento¹¹.

A *Resolução 2.427* ficou suspensa entre os dias 25 de julho de 2025 e 2 de outubro, por liminar da Justiça Federal do Acre em ação movida pelo Ministério Público Federal contra o CFM. A liminar solicitava suspensão da *Resolução* e indenização em dinheiro por danos morais causados pelo Conselho. Entre outras várias contestações, a decisão judicial que suspendeu a *Resolução* também demonstrou que a razão exposta pelo CFM não é coerente com o próprio fundamento adotado pelo Conselho para legitimar a sua decisão, uma vez que o “[...] mencionado relatório *Cass Review* não legitima a vedação dos bloqueadores hormonais, antes recomenda sua adoção desde que no âmbito de pesquisa científica” (Brasil, 2025, p. 7). Além disso, a decisão liminar argumenta que a *Resolução 2.427* não foi dialogada com outros setores da sociedade civil, e aponta a ausência de debate com outros campos do saber, diferente do processo de elaboração da *Resolução de 2019*. Dado o reconhecimento de que se trata de uma temática “transversal” à várias áreas, reconhecimento explicitado anteriormente pelo próprio Conselho, a liminar argumenta que trans, travesti e

¹⁰ Os nomes adotados aqui são fictícios para manter anonimato.

¹¹ O presidente do Conselho Federal de Medicina, Hiran Gallo, declarou que haveria punições para médicos que descumprissem a *Resolução 2.427* (Ferreira, 2025)



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

outras noções “[...] não são [conceitos] puramente médicos ou técnicos, mas dependem da participação e do aporte de ciências como sociologia, serviço social, antropologia e psicologia” (Brasil, 2025, p. 4).

Esse contexto político instável de decisões institucionais acionadas, suspensas e, posteriormente reestabelecidas, é similar ao que tem ocorrido em alguns estados nos Estados Unidos. É interessante notar as participações como *amicus curiae*¹² nesses processos. No caso da ação protocolada no STF, o coletivo “Mães Pela Diversidade” ingressou como *amicus curiae*, e nos Estados Unidos, em processo contra o Tennessee, uma série de autorias também ingressaram como *amici curiae*, mas presto atenção especial à contribuição da *American Historical Association* e outras organizações de historiadores, com destaque para Jules Gill-Peterson, mulher trans, professora na Universidade de Johns Hopkins. A peça jurídica é contundente nas demonstrações de registros historiográficos de intervenções médicas que são alvo principal das controvérsias jurídicas, consideradas puramente técnicas e biomédicas, com debate apartado das Ciências Humanas.

Em fevereiro de 2024, a *American Civil Liberties Union* e a *Lambda Legal* processaram, em nome de familiares de menores transgênero, o estado do Tennessee após aprovação da Lei do Senado daquele estado, que proibia práticas médicas e cuidados em saúde como uso de bloqueadores de puberdade, hormônios e cirurgias em menores de idade transgênero, processo político similar à ação do CFM no Brasil. Nesse contexto, a *American Historical Association* e outras organizações de historiadores, ingressaram como *amicis curiae* no processo. Dentre os argumentos da peça, apontavam, por meio de uma série de evidências históricas, reunidas pelo campo historiográfico dos estudos trans nos Estados Unidos, que as intervenções médicas utilizadas hoje no acompanhamento clínico da chamada “disforia de gênero”, têm registro históricos há pelos menos desde o século XIX, contrariando a argumentação de que são experimentais ou novidade do ponto de vista da biossegurança ou da história da medicina moderna. Os procedimentos cirúrgicos têm registros de mais de um século, remontando a 1900. A utilização de hormônios ocorre há quase um século, e o uso de bloqueadores de puberdade há quatro décadas. Além disso, a

¹²*Amicus curiae*, tradução livre: “Amigo da Corte”, é uma condição jurídica onde uma pessoa, entidade ou Instituição pode adentrar um processo na condição de auxiliar a Corte com informações técnicas ou científicas sobre uma temática em um determinado processo judicial. Geralmente produzem um documento que é anexado ao processo judicial.



possibilidade de transitar entre gêneros, ou o reconhecimento público para tal, tem registros históricos diversos, em várias sociedades e contextos diferentes, que não são enquadrados na compreensão de “transgênero” da medicina.

Gill-Peterson, em *Histories of the transgender child* (2018), demonstrou como jovens trans aparecem em arquivos históricos e médicos desde pelo menos o início do século XX, e com uso de procedimentos médicos desde a década de 1960. Um dos argumentos fortes da peça jurídica era demonstrar que os tribunais, ao julgarem o bem-estar de adolescentes trans caracterizavam como “experimentais” ou “novas” as intervenções médicas utilizadas, incorrendo em um erro histórico. A partir do *brief of amici curiae* (*American Historical Association Et al.*, 2024), são relatadas a presença de adolescentes transgênero que acessavam, com consentimento dos responsáveis, hormônios e algumas cirurgias nas clínicas universitárias nos anos 1960 e 1970, mesmo não sendo uma prática amplamente comum (*American Historical Association Et al.*, 2024, p. 11):

Com o crescimento do sistema de clínicas universitárias de gênero na década de 1960, adolescentes com apoio e consentimento dos pais passaram a ser aprovados para cirurgias de afirmação de gênero por meio de diversos programas e cirurgiões afiliados, geralmente alguns anos após o início da terapia hormonal cruzada e no momento apropriado para o desenvolvimento, no final da adolescência. (Gill-Peterson at 176-79, 192-193 Apud. *American Historical Association Et al.*, 2024, p. 18 [tradução própria]).¹³

Além disso, Gill-Peterson apresenta outros casos de infâncias trans, que viviam suas transições ao largo das compreensões médicas, no início do século XX, como o caso de Val e de um homem trans entrevistado pelo psiquiatra John Hampson, que tinha uma vida pública como homem desde os 13 anos no interior de Nova York (Gill-Peterson, 2018, p. 92). Já na segunda metade do século XX, há registros de adolescentes trans em clínicas, como o caso de Giorgina, 15 anos, acompanhada pelo Dr. Lawrence nos anos 1960, que auxiliou na alteração de nome e no uso de hormônios. Também o caso de Vick, 16 anos, registro de uso de estrogênio sob supervisão de um médico nos anos 1970. Sabe-se que o modelo de clínica pediátrica formal para jovens e crianças trans se estrutura entre os anos 1980 e 2000, a partir dos documentos da *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*

¹³ Original: “As the university gender clinic system grew in the 1960s, adolescents with parental support and consent were approved for and received gender-affirming surgeries through several programs and affiliated surgeons, typically several years after initiating cross-gender hormones, and at the developmentally appropriate moment in late adolescence”.



(HBIGDA), hoje conhecida como *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), no entanto, para isso, houve um acúmulo de conhecimentos e práticas médicas nas décadas anteriores, segundo argumenta o *brief of amici curiae*. A decisão da Suprema Corte estadunidense, ocorrida no dia 18 de junho foi favorável ao procurador do Tennessee, como Gill-Peterson já imaginava. Em entrevista concedida na revista *Them* ela analisa que independente do resultado o que acontece após a decisão é mais importante do que a decisão (Walker, 2025).

Cartas anexadas de filhos, mães e pais, no documento de *amicus curiae* do coletivo *Mães Pela Diversidade*, do Brasil, falam das consequências de acesso a procedimentos, e demonstram efeitos materiais que têm na vida dessas famílias, de modo que essas mudanças não podem ser compreendidas quando visualizadas como “cortina de fumaça”. Trago um trecho da carta de Ben, adolescente de 17 anos:

A decisão sobre uso de hormônios deve sempre envolver os profissionais de saúde, a família e principalmente o próprio adolescente. Nunca uma proibição generalizada. Por isso, peço que essa nova legislação seja revisada com sensibilidade, respeito à vivência de nós pessoas trans. O acesso à terapia hormonal é, para muitos de nós, uma questão de saúde, dignidade e sobrevivência (Associação Mães pela Diversidade, 2025, p. 73).

No período imediatamente posterior à publicação da *Resolução 2.427*, adolescentes que frequentam o *serviço Y* questionaram e elaboraram suas formas de entender o problema. Um deles, transmasculino de 17 anos, que já havia iniciado a hormonização, e nesse caso a alteração não teria efeito em sua vida individual, escreveu um modelo de carta para enviar ao CFM e disse: “[...] galera, fiz um e-mail para mandar para os membros de CFM. Quem puder, mande também, ao mínimo para o presidente” (do Fogo, menino trans, 17 anos, registro de campo, abril 2025). No trecho da carta ele diz: “Creio que tal mudança seja antiética, e servirá apenas para piorar a saúde mental de crianças e adolescentes trans” (do Fogo, menino trans, 17 anos, registro de campo, abril 2025)¹⁴. A preocupação com o futuro de modo coletivo entre os adolescentes foi um sentimento presente, bem como questionamentos sobre o que fazer. Outro adolescente questionou em uma conversa no contexto dos grupos terapêuticos no *serviço Y*: “A gente vai aceitar calado? eu sei que tem manifestação e essas coisas, mas tipo assim, eles estão cagando pra gente” (Shawn, menino trans, 16 anos, registro

¹⁴ Todos os nomes utilizados aqui são fictícios por questões éticas de pesquisa e proteção dos participantes menores de idade.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

de campo, abril 2025). Adolescentes já em acompanhamento esperavam ansiosos para completar 16 anos, e se sentiram frustrados: “limitada”, como disse Liv (menina trans de 14 anos) sobre como se sentia diante das restrições do CFM.

Elus se questionavam sobre o porquê estava acontecendo essas mudanças, o que elus tinham feito para que fossem alvo: “não é errado? Isso não era um direito nosso?” (Cowboy, 17 anos, registro de campo, abril 2025). Esses porquês, no entanto, foram se transmutando, no momento ali de uma conversa coletiva, não apenas como um lamento paralisante, mas seguiu como uma reflexão dos motivos pelos quais essa decisão foi possível no presente histórico, e outras elaborações sobre a suas existências “O que a gente fez pra eles?”, perguntou Gorrinho, 15 anos. “A gente desafia Deus”, respondeu Esperanza, 16 anos (registro de campo, abril 2025)

Desafiar Deus, pode significar aqui desafiar o que foi criado, o mundo como foi concebido pela entidade que o criou, uma entidade inquestionável e inviolável. A lei das diferenças sexuais, entendidas como binárias e imutáveis são compreendidas como criação da natureza divina, na visão de alguns setores da Igreja Católica, como por exemplo nas cartas públicas de Joseph Ratzinger (papa Bento XVI) (Santa Sé, 2004), onde afirmava o potencial destrutivo do “gênero” na criação divina e nos “valores femininos”. Como analisa Butler (2024, p. 42), “[...] o que segue desse conjunto de crenças é que, se uma pessoa tem uma vontade ou age intencionalmente, ela não só desafia Deus e a ordem natural que Ele criou mas também ameaça se apossar de Sua vontade”. Era o que a jovem adolescente afirmava em poucas palavras: que são atacados porque são vistos como desafiantes dos poderes divinos. Enquanto isso, parte do cotidiano delus é permeado por relatos de violências na escola e nas proibições de uso de banheiros. Ouvi relatos de uso de banheiros que ficavam escondidos, muito distante para caminhar, algumas vezes sem tranca, quando não simplesmente proibido o uso de acordo com o gênero que o/a/e adolescente se identifica. Também há relatos de assédio sexual por parte de colegas de escola e de professores, exposição de nomes de registro (ou chamado “nome morto” por alguns) em listas públicas nos corredores da escola. Ainda, alguns tiveram experiências semelhantes de serem “exorcizados” em casa por figuras religiosas.

No final dos anos 1960, após publicação da autobiografia de Christine Jorgensen¹⁵, uma adolescente trans escreveu para o endocrinologista Harry Benjamin: “*Por aproximadamente 5 anos o desejo de me tornar uma mulher esteve e ainda está comigo. Esse desejo é muito forte em mim. Quando li seu livro, minhas esperanças elevaram-se ao seu mais alto nível*”(Gill-Peterson, 2018, p. 151[tradução própria e grifos meus])¹⁶. Benjamin recebeu várias cartas de jovens menores de idade relatando seus desejos, como se sentiam e falavam sobre manejo de hormônios. Segundo pesquisa de Gill-Peterson, as respostas de Benjamin seguiam a retórica do desenvolvimento: ‘*Você ainda é muito jovem e deve se dar a chance de amadurecer*’, escreveu Benjamin. ‘*Em 2 ou 3 anos, a vida pode parecer diferente para você*’” (Gill-Peterson, 2018, p. 152 [tradução própria e grifos meus])¹⁷. Em resposta a essa retórica, uma outra adolescente escreveu: “[...] *eu não quero esperar para envelhecer. Eu quero ser uma garota a caminho da velhice. Eu quero ser uma garota agora para poder crescer o resto do caminho como garota normal*” (Gill-Peterson, 2018, p. 153 [tradução própria e grifos meus])¹⁸.

Se a ideia do desenvolvimento se fazia incompatível com a de transexualidade, ou seja, a ideia de que há uma formação do sujeito gradual e linear que acompanha a maturação dos sinais de alguém “verdadeiramente” transexual, também nessas décadas alguns adolescentes e médicos, por meio de uma compreensão de corpo, transexualidade e prática médica distinta da atual, levavam adiante transições com uso de fármacos e mudanças legais de nomes. Já a década de 1970, no contexto estadunidense, registra acesso à hormônios e cirurgia em menores de modo menos restrito do que na década anterior, anos 1960, e posterior, anos 1980, década que a “disforia de gênero” em crianças e adolescentes aparece no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Gill-Peterson mostra como o próprio Harry Benjamin torna a recepção de menores em sua clínica menos restrita, e aponta como o arquivo da medicina nos anos 1970 registra cirurgias em menores depois da puberdade. Ao mesmo tempo, naquele período, prevalecia a noção de plasticidade do corpo

¹⁵ Christine Jorgensen (1926–1989) foi uma mulher trans norte-americana que se tornou um dos primeiros casos de grande repercussão midiática sobre transgeneridade no século XX.

¹⁶ Original: “For approximately 5 years the wish to become a female has [been] and still is with me. This wish is very strong in me. . . . When I read your book my hopes raised to their highest level.”

¹⁷ Original: “You are very young yet and must give yourself a chance to mature”.

¹⁸ Original: “I want to be a girl now so that I can grow up the rest of the way as a normal girl.”.



da criança, de modo que, antes do início da puberdade, era considerado possível evitar o desenvolvimento da transexualidade na vida adulta, como aponta Gill-Peterson (2018)¹⁹.

Esses apontamentos historiográficos são pertinentes para análise dos discursos do campo da medicina do início de século XXI, que localizam a emergência de crianças e adolescentes transgênero a partir do final de século XX com enquadramento clínico específico, o que é um erro historiográfico que implica em desconhecimento do próprio campo da medicina. Argumenta-se por exemplo que

Diferente do passado, quando os clínicos trabalhavam ativamente com crianças e seus pais para diminuir a disforia de gênero ou adotavam uma estratégia neutra de ‘espera vigilante’ [...], muitos dos jovens de hoje passam por algum tipo de transição social de gênero (por exemplo, troca de roupas, corte de cabelo, nome e pronomes; enfaixamento dos seios; uso de instalações para sexos opostos, etc.) antes de considerar intervenções médicas (Jorgensen, 2023, p. 2176).

Esse trecho é reproduzido na *Resolução* do CFM de 2025 quase integralmente. Ele indica implicitamente que “no passado” as transições de gênero com adoção de modificações eram quase inexistentes e que isso é oposto ao que ocorre “hoje”. Além de essa “espera vigilante” não representar a totalidade do passado da prática clínica em jovens trans, os arquivos e a pesquisa historiográfica, como vimos, apontam para direções mais complexas no que se refere à miríade de práticas médicas e concepções sobre modificações corporais e transgeneridade ao longo do século XX e XXI.

Em 2025, jovens como Ben e do Fogo, no Brasil, escrevem e continuam a registrar como adolescentes lidam e podem decidir acerca das intervenções médicas e da interação delas com seus corpos, também registram modos de se relacionar com o discurso médico em determinados contextos específicos. Como consta a conclusão do *brief of amici curiae*, as atuais leis proibitivas legislam “[...] toda uma geração de adolescentes transgênero hoje para o destino que esses adolescentes temiam há mais de meio século” (*American Historical Association Et al.*, 2024, p. 27).

Algumas outras ideias que se propagaram na *Resolução 2.427/2025*, como por exemplo a noção de “sobrediagnóstico” de pessoas trans na infância, e a noção “índice de arrependimento”, só são possíveis dentro da categoria história da “transexualidade” construída pelo campo da medicina, baseada em uma noção de gênero que pode ser diagnosticada, e portanto, verificada. Essas noções parecem se assentar em uma ideia de

¹⁹ Sobre este ponto, ver capítulo 4.

temporalidade linear e cumulativa, presente tanto na ideia de infância (e de pessoa) ocidental, quanto na ideia do diagnóstico de “disforia” ou “incongruência de gênero” na infância e adolescência, nas páginas seguintes me dedicarei a essa questão.

A infância e a adolescência passageira e a transexualidade irreversível: tempo e linearidade na retórica do “desenvolvimento”

A ideia de tempo cumulativo e linearidade compreende a infância na concepção dita ocidental, estabelecida a partir do século XVIII (Ariès, 1986) como uma fase específica, do humano em “desenvolvimento”, onde a infância é a primeira fase, considerada assim “incompleta”. A ideia de incompletude pôde operar, nas experiências da infância em relação aos ditos papéis de gênero e sexualidade, como fase permitida da fluidez.

Segundo os estudos de Gill-Peterson, entre 1910 e 1940, no contexto estadunidense no Instituto Brady e na *Harriet Lane Home*, antes da categoria “transexual”, noções como “invertido” e “perversão sexual” eram usadas clinicamente para descrever uma série de comportamentos e condições fisiológicas. A ideia de viver em um gênero/sexo diferente do atribuído ao nascimento era articulada pelo idioma intersexo (hermafroditismos, na época), tendo como fundamento algum desajuste fisiológico. A carta de uma pessoa de nome Bernard para Hugh H. Young, demonstra a maneira como essas categorias diagnósticas podiam se mesclar a partir de uma concepção endócrina da inversão e o modo como a categoria sexo não se apresentava de maneira unívoca, mas multidimensional com a tese da bissexualidade natural.²⁰

²⁰ Trecho da carta de Bernard: “‘Pelo que eu entendo, uma pessoa pode ter órgãos sexuais secundários que controlam sua vida mental e emocional; enquanto os órgãos primários são do sexo oposto. O que eu quero saber é se esses órgãos secundários podem realmente ser desenvolvidos de tal forma que uma pessoa que é conhecida como feminina se torne um masculino? Eu sei que os livros sobre sexo dizem que ninguém é realmente 100% de um sexo ou de outro. Se isso pode ser feito, eu gostaria de saber qual seria o custo e o tempo necessário’. (...) A carta traça uma linha fascinante através da teia de hermafroditismo, inversão sexual, homossexualidade e travestimento. Apresentando-se como intersexo, Bernard parece bem informado sobre a teoria da bissexualidade natural e a utiliza habilmente para legitimar a reatribuição sexual” (Gill-Peterson, 2018, p. 84-85 [tradução própria]). No original: “‘As I understand it, a person may have secondary sexual organs which control his mental and emotional life; while the primary organs are of the opposite sex. What I want to know is can these secondary organs really be developed in such a way that a person who has been known as a female becomes a male? I know that sex books say that no one is really 100% of either sex. If this can be done, I would like to know about what the cost would be and the time required’ (...) The letter cuts a fascinating line through the web of hermaphroditism, sexual inversion, homosexuality, and transvestism. Presenting himself as intersex, Bernard comes across as well read on the theory of natural bisexuality and expertly deploys it to legitimize sex reassignment.”



Nesse período, também se pode observar a emergência de um modelo psiquiátrico da inversão através dos relatórios médicos de Thommas Rennie no Instituto Brady, além da ideia de desenvolvimento a partir de noções freudianas. Nessa concepção, a sexualidade segue fases: a primeira da infância, curiosidade e manipulação, em seguida uma fase latente de desinteresse, depois a fase pré-púbere que seria “fortemente homossexual”, e na adolescência surge o interesse heterossexual com lenta maturação para adultez. Assim, para Rennie, a homossexualidade, enquanto uma incapacidade para se desenvolver para além de uma certa fase, não deve ser encarada como algo sério na adolescência inicial, já que é uma tendência da própria fase. O desenvolvimento sexual é visto como dotado de plasticidade, e vai se moldando em suas fases de maturação ou pode falhar em não ultrapassar certas fases, daí a inversão. Para Gill-Peterson (2018), isso esclarece o fato de não haver diagnósticos de perversão sexual, inversão e homossexualidade em crianças na Harriet Lane Home, e porque em Hopkins separava crianças intersexos dos casos de inversão:

Se as crianças eram naturalmente invertidas até certo ponto durante a infância, então havia pouca razão para lhes atribuir diagnósticos como homossexualidade, que eram compreendidos como significativos apenas na medida em que indicavam estagnação. Inversão, em outras palavras, tinha significado apenas nos adultos. Em crianças, ainda não era patológica (Gill-Peterson, 2018, p. 88 [tradução própria])²¹.

A ideia de indeterminação da infância aparece em uma matéria de jornal na revista brasileira *Pais & Filhos*, na edição de 1975, na reportagem “homossexualismo infantil”, que revela certa compreensão médica e cultural acerca dos comportamentos relativos à gênero e sexualidade na infância na segunda metade do século XX. A reportagem diz: “Embora a tendência da maioria dos pais seja encarar o fato como uma tragédia, as manifestações homossexuais da criança são perfeitamente normais, até determinada faixa de idade” (Ventura, 1975, p. 89). Mais à frente:

[...] há certas atitudes ou comportamentos ocasionais das crianças que não devem preocupar seus pais. Como por exemplo, experimentação e investigação sexual, uso de roupas do sexo oposto de vez em quando. Isso porque são atitudes isoladas e passageiras (Ventura, 1975, p. 89).

A reportagem argumenta, com consultoria do Dr. Miguel Chalub (Psiquiatra da Universidade Federal do Rio de Janeiro), que os comportamentos homossexuais não devem

²¹ Original: “If children were naturally inverted to some degree during childhood, then there was little reason to assign them diagnoses like homosexuality that were understood to be meaningful only insofar as they indicated arrest. Inversion, in other words, was significant only in adults.”



preocupar até certa fase, até a puberdade alguns comportamentos são considerados experimentais e não definitivos pela própria fase que acontecem, isto é, a infância.

Outro aspecto sobre o modo como a temporalidade atua nos sentidos de “infância” e “trans” no esquema cultural ocidental, é que: a infância é designada como fase da indeterminação e incompletude, enquanto a “transexualidade” é um diagnóstico que precisa ser verificado, e ele é também mensurado pela temporalidade cumulativa: quanto tempo uma pessoa apresenta determinado comportamento. Se por um lado há uma ideia de *plasticidade* em formação, por outro, a operação de realizar um diagnóstico indica justamente o ponto de *estagnação*. Ou seja, não há como diagnosticar – achar um ponto de estagnação – em um processo de formação. Essa parece ser a ideia geral que prevaleceu, com variações de sentido e intensidade, em parte dos discursos médicos e jurídicos ao longo do século XX e XXI sobre infância e adolescência trans, como vimos na retórica do desenvolvimento das cartas de Harry Benjamin às adolescentes.

Nessa lógica, a infância serve como marco para atestar a transexualidade na vida adulta, e a “transexualidade” ao se mesclar com a infância, pode provocar uma mudança nos sentidos da infância, tornando-a menos experimental e indeterminada, e mais fixa e diagnosticada, dentro de um saber médico. Essa concepção está presente nos discursos atuais de políticos conservadores quando afirmam “crianças trans não existem”, segundo a ideia de que a criança não pode ter a certeza sobre algo que “impacta toda a sua vida”. Ou seja, na infância a experiência tem sempre como referente a adultez, a partir da ideia de “persistência”, que muitas vezes é mobilizada nos estudos longitudinais para aferir taxas sobre a quantidade de adolescentes que permaneceram transgênero na vida adulta. Nessa lógica, a criança trans só atesta sua transgeneridade se for um adulto trans.

A temporalidade como certeza cumulativa também atua, de outro modo, nos discursos médicos que se colocam em oposição aos discursos conservadores, uma vez que afirmam “crianças trans existem” e isso pode ser clinicamente atestado, elas podem ser “reconhecidas” por métodos e conhecimentos clínicos baseados em abordagem “investigativa” e “longitudinal”, que permeiam a noção de tempo. Isso pode ser ilustrado nos debates ocorridos na CPI em 2023. Ao ser perguntado por um deputado (da ala conservadora), quais os critérios para o diagnóstico de “disforia de gênero”, o psiquiatra, coordenador do primeiro Ambulatório que atendeu crianças trans no Brasil, respondeu:

[...] para cada adolescente, para cada criança a gente observa como essa criança funciona, que é o comportamento expresso, e como ela se vê, que aí é a pesquisa identitária. Se tem persistência, se é consistente, se é intensa e isso se mantém ao longo do tempo, isso é um sinal de que essa criança não está - como é que eu posso dizer - inventando, não é uma brincadeira, não é uma fase. *Tem uma fase na infância onde as crianças brincam, elas trocam, mas é durante a brincadeira. Quando a gente fala da identidade de gênero é o tempo todo, é de manhã, de tarde, de noite, é no fim de semana, é nas férias.* [...] São nuances e detalhes que ao longo do tempo a gente vai observando para daí sim fazer o diagnóstico. Então, é investigativo.

[...] é longitudinal, é ao longo do tempo que vai se estabelecendo essa configuração e esse critério objetivo, deputado (ALESP, 2023, p. 11).

Embora em posicionamentos distintos, o deputado e o psiquiatra atuam sobre as mesmas premissas: a identidade se fixa em um momento da vida, a identidade ou decisão é diferente de “fase” e “brincadeira”, assim, ela é objetiva, e segue parâmetros objetivos. A questão é a infância, que encurta o acúmulo de tempo a ser observado para uma “certeza” ou “identidade”, por isso pergunta-se de “critérios”, e por isso, o psiquiatra responde com os critérios.

A investigação antropológica atua principalmente sobre as premissas histórico-culturais que fixam certas maneiras de colocar uma questão em um determinado momento por um grupo social específico, e nesse caso, ao que parece, o tempo é uma categoria cultural fundamental, constitutiva da formulação do “problema” no contexto da cultura euro-americana sobre infância e adolescência trans. Em *Trans*: uma abordagem curta e curiosa sobre variabilidade de gênero*, Jack Halberstam (2023, p. 30) afirma “[...] este livro explica como nos tornamos trans e por que ter um nome para si mesmo pode ser tão prejudicial quanto não ter um” (Halberstam, 2023, p. 30). Halberstam está pensando a experiência trans* (com asterisco) para diferenciar do que foi delimitado pela concepção médica e também identitária do que é transexualidade, no sentido de que o asterisco “[...] mantém aberto o significado do termo trans e se recusa a oferecer certeza mediante o ato de nomear” (Halberstam, 2023, p. 29). Como disse Halberstam, o surgimento da criança trans* não coloca em questão só a noção de gênero, mas a ideia de tempo, desenvolvimento e ordem. Nos relatórios psicológicos para alteração de nome, o *tempo* de acompanhamento médico da pessoa menor de idade é um fator relevante, como me relatou uma avó no processo de alteração de nome de seu neto: “no mínimo seis meses”. Em um modelo de

relatório psicológico para alteração de nome/gênero em registro de nascimento que tive acesso em campo, mencionava o seguinte:

Em nenhum momento foi observado que a sua identidade de gênero é resultado de influência e imposição externa sendo: dos pais/família/responsáveis legais ou amigos. Tão pouco como um movimento lúdico, de experimentação e de forma superficial e passageiro (trecho retirado de modelo de documento acessado durante pesquisa de campo).

Essa última observação que atesta o relatório pretende afastar a ideia de ludicidade ou brincadeira, de experimentação e de passageiro (como algo momentâneo) da transição, do mesmo modo como o psiquiatra responde na CPI: “é o tempo inteiro”, não no momento de brincadeira. De fato, a criança trans parece estar permeada pelo sentido constante de seu futuro adulto trans, e somente a partir de sua persistência – no modelo clínico de verificação das taxas de persistências estatísticas – é que os seus direitos podem ser assegurados.

Aferindo transições e destransições: borras do imponderável

Na discussão da *Resolução 2.427* do CFM no Brasil, a retórica do desenvolvimento e irreversibilidade segue reatualizada em um texto pela defesa da proibição de bloqueios e hormônios:

A assistência médica deve respeitar a diversidade humana, mas também deve aderir à ciência, à ética e à cautela, especialmente quando intervenções irreversíveis para indivíduos ainda em desenvolvimento estão sendo consideradas (Parente *Et al.*, 2025).

Assim como o diagnóstico de inversão não era possível em menores até certa fase, (porque o desenvolvimento sexual carregava um caráter de plasticidade, ao passo que inversão era um ponto significativo de estagnação) neste trecho, as intervenções médicas funcionam no mesmo lugar que o diagnóstico de “inversão” no passado: em um sujeito considerado inacabado, não se pode dar um acabamento, como aparecia no argumento de Rennie nos anos 1930. Diante desse argumento, podemos inverter os termos e apontar a contradição da prática médica que legitima intervenções médicas irreversíveis em bebês intersexo. Para além disso, é preciso entender o enquadramento da questão e se fazer crítico aos próprios termos do enunciado.

Os argumentos enfatizados pelos autores da *Resolução*, apontam para um aumento nas experiências de “arrependimento” e “destransição”, ao mesmo tempo que afirmam que os métodos para verificar o “arrependimento” e/ou destransição não são precisos. Alguns dos

estudos citados pelo CFM, conduzido por dados na Finlândia (Kaltiala *Et al.*, 2024) averigua taxas estatísticas de descontinuidades de uso de hormônios, de 7,9% entre 1996 e 2019, onde as próprias autorias do estudo afirmam que “[...] os registros não incluem informações sobre os motivos para descontinuação do GR hormonal” (Kaltiala, 2024, p. 8 [tradução própria])²². Ainda, os dados de descontinuação de uso de hormônios apenas compilam vias oficiais de hormonização, do sistema de saúde finlandês. Ou seja, o caminho analítico para afirmar que a descontinuidade indique arrependimento ou destransição não existe, e com os dados deste estudo não há afirmação nesse sentido. Um ponto de contextualização se faz importante: na Finlândia, as autorias apontam que há amplos serviços públicos de saúde e programas de reembolso especial que cobrem os custos dos hormônios. Esse é um contexto completamente distinto da política pública no Brasil, onde os custos dos hormônios não são cobertos na esmagadora parte do território, com regiões onde não há serviços ambulatoriais para acompanhamento de pessoas trans.

O que é interessante observar em alguns dos estudos atuais do campo biomédico, são as tentativas de produzir índices e taxas de noções como “descontinuidade no uso de hormônios”, “arrependimento” (*regret*) e “destransição” (*detransition*), no intuito de torná-las demonstráveis estatisticamente em definições unívocas. No anexo da *Resolução* do CFM, os autores afirmam: “Da mesma forma, nem todos aqueles que fazem destransição sentem arrependimento sobre sua decisão de transição” (CFM, 2025, p. 10). Já no estudo citado pelo CFM, uma formulação mais curiosa aparece: “[...] descontinuar a GR hormonal, a desistência de se identificar de forma discordante em relação ao sexo, destransicionar e se arrepender da GR médica, são conceitos que se referem parcialmente ao mesmo fenômeno, mas não se sobrepõem totalmente” (Kaltiala *Et al.*, 2024, p.8-9 [tradução própria])²³. O estudo não tinha objetivo de averiguar as razões da descontinuidade, mas apenas demonstrar uma descontinuação maior entre grupos de análise nas décadas mais recentes, e alega que a coleta por registros não pode captar esse fenômeno. No entanto, as possíveis razões para essa descontinuidade não deixam de aparecer em lapsos de suposições:

²² Original: “Medical care must respect human diversity, but it must also adhere to science, ethics and caution, especially when irreversible interventions for individuals still in development are under consideration.”

²³ Original: “[...] discontinuing hormonal GR, desisting from identifying in a sex-discordant way, detransitioning and regretting medical GR are concepts referring partly to the same phenomenon but not totally overlapping.”

Também é possível que alguns tenham alcançado seus objetivos e, portanto, descontinuado, embora isso pareça improvável no caso de interrupção após muitos anos. Uma compreensão mais profunda das razões para descontinuar a GR médica requererá estudos usando informações obtidas diretamente dos pacientes (Kaltiala *Et al.*, 2024, p. 8 [*tradução própria*])²⁴.

Mesmo afirmando que as razões devem ser obtidas pela pesquisa com pacientes, a suposição das autorias registra as suas concepções analíticas. Por que pareceria improvável alguém descontinuar o uso de hormônios por estar satisfeito com as mudanças mesmo após muitos anos? Ou ainda, que objetivo seria esse? Se for de experimentação de uso de hormônios por um tempo, não teria alcançado o objetivo? Seja a busca por mudanças temporárias ou modificações mais permanentes, os objetivos podem ser múltiplos. Um caso, inclusive, é considerado nos estudos biomédicos que reportam dados quantitativos²⁵. Levando adiante a ideia de que os fenômenos de *destransição*, *arrependimento*, *descontinuidade* de hormonização e “*desistência* de se identificar de forma discordante ao sexo”, são interdependentes, ou seja, um termo não acarreta o outro como efeito necessário – segundo formulado no artigo de Kaltiala *et al.* (2024) – há ainda outro aspecto a se considerar: “a desistência” de se identificar de forma discordante ao “sexo [designado]” pode ser múltipla, a depender da consideração do nível da desistência ou do nível da discordância. Uma pessoa designada mulher pode desistir de se identificar como tal, mas ainda assim navegar pelos signos da feminilidade de múltiplas formas.

A desistência de discordar da identificação de um sexo/gênero não leva a adoção ampla do outro termo oposto. Essa desistência pode inclusive indicar uma transição para uma das formas de não-binariedade, se formos pensar na perspectiva uma pessoa que desiste de se identificar de forma *totalmente discordante* do gênero designado. Ou seja, esse movimento pode indicar uma destransição de uma transição iniciada, e isso pode implicar arrependimento ou não, descontinuidade de uso de hormônios ou não, ao passo que indica uma destransição que não é a volta para cisgeneridade. Ao que parece, a ideia de “destransição” e “arrependimento” no discurso biomédico atual são enunciadas como

²⁴ Original: “It is also possible that some achieved their goals and therefore discontinued, although this seems implausible in the case of discontinuation after many years. A more profound understanding of the reasons for discontinuing medical GR will require studies using information elicited directly from patients.”

²⁵ “Entre os dois pacientes que interromperam a terapia hormonal, um considerou sua experiência negativa e o outro relatou ter atingido seus objetivos relacionados à identidade de gênero” (Jorgensen, 2023, p. 2177 [*tradução própria*]). No original: “Among the two patients that stopped hormonal therapy, one viewed their experience as negative and the other reported meeting their gender-related goals”



supostamente verificáveis em índices e taxas, no entanto, aparecem sempre parcialmente definidas e escapam as definições unívocas de índices. Destransicionar se mostra um processo tão múltiplo quanto transicionar, uma vez que busca se referir a uma desmobilização de um conjunto de ações e significados implicados na transição, e, portanto, depende de quais conjuntos de ações e significados são esses. Em alguns estudos, a definição e caracterização da destransição é feita pelos pesquisadores a partir de registros médicos; outros são oriundos de redes de pessoas que se definem como destransicionadores, mas com uma ampla gama de experiências: que destransicionaram e reiniciaram suas transições, que destransicionam por motivos de discriminação, outros englobados como destransicionadores mas que não voltam a se identificar totalmente com gênero designado.

A destransição aparece como fenômeno amplamente definido por contextos em que as transições são mediadas por intervenções médicas, e pode implicar, nesses termos, a interrupção de uso de hormônios, identificação com o gênero designado ao nascimento, e alguns casos de cirurgias de reversão dos efeitos das intervenções médicas por ventura realizadas pela pessoa. Ou seja, ela é definida em relação à transição médica. Os estudos que analisam as taxas de destransição são realizados em sua maioria em contextos euro-estadunidenses, os artigos que CFM cita como referência são oriundos de países como Reino Unido, Suécia, Finlândia e Estados Unidos. Os projetos corporais de trânsito de gênero em alguns contextos de países latino-americanos compõem uma história diversa dos contextos euro-estadunidense, e muitas vezes não passam por “processos transexualizadores” clínicos ou se relacionam com estes mobilizando outros significados em conjunto. Por exemplo, no caso da pesquisa de Silvana Nascimento (2019), realizada na tríplice fronteira amazônica do Alto Solimões — Letícia (Colômbia), Tabatinga (Brasil) e Santa Rosa (Peru) — a separação rígida entre gênero e sexualidade, presente no discurso predominante do ativismo LGBT, não é articulada. Nesses contextos, os exemplos etnográficos apontaram outras formas de vivenciar e transformar os corpos com modelos múltiplos do feminino. A oposição dual cis/trans também não é acionada, mas há o que o autor chama de multiverso trans* “[...] chicas trans, niños que se mudan, maricas, chibas, maninhas, mariposas, mujeres, travestis, gays (palavra usada no masculino e no feminino), mulheres transexuais, e assim por diante” (Nascimento, 2019, p. 532). A partir de pesquisas como essas, questiono se a gramática da “descontinuidade no uso de hormônios”, “destransição” e “arrependimento” faz



sentido nesses contextos, pensando o caso de Mariana, peruana, que após anos vivendo como travesti e modificando seu corpo com hormônios, ao envelhecer se identificava como “uma gay”, mantendo, contudo, o nome feminino pelo qual é reconhecida socialmente.

Outras transições não lineares e sem destino dado são anunciadas, as crianças trans podem ser algo mais que a fundamentação de um futuro adulto transgênero. Poderíamos conceber outras formas de entender o que as crianças e adolescentes trans põem em questão: não seria outra noção de tempo? Vimos que a transição como movimento lúdico, experimental e passageiro, é descartada como transexualidade “falsa”, assim como outras formas de trânsito de gênero foram consideradas falsas ao longo da história. Essas falseabilidades foram produzidas pela verificação do “transexual verdadeiro” a partir dos protocolos médicos, que exigiam testes, e narrativas comuns de ódio ao corpo para atestar o diagnóstico. Por exemplo, o famoso “teste de vida real”, que era a obrigatoriedade de usar roupas do gênero que a pessoa se identifica durante todo tempo, por alguns anos. Berenice Bento (2017) faz uma descrição desses protocolos e do cotidiano de pessoas trans em clínicas no início dos anos 2000.

Nesse aspecto, paralelamente, sempre houve a história da transexualidade considerada “falsa”, isto é, daquelas pessoas que eram e são ininteligíveis ao discurso médico, ou que se relacionavam com ele a partir de outras formas de poder, como adolescentes trans* negros (as/os/es), pobres, de contextos periféricos, de contextos prisionais. Outros nomes e modos de transitar gênero se desenham a partir desses contextos: a autobiografia de Anderson Herzer, em *A queda para alto* (1982), é um documento histórico da infância e adolescência de gênero não normativo em contextos de restrição de liberdade, em que a noção “machão”, própria do cárcere, é central para experimentação de Herzer na masculinidade. Essa noção denota outras relações de parentesco no sistema prisional que faziam gênero: machão era quem tinha esposas e filhas. Lory Girshick (2015) em artigo sobre pessoas que se identificam como masculinas em prisões femininas, relata uso de termo “macho”, “agressivo” ou “tomboy”. Essas nomenclaturas não assinalam a ausência de um termo mais adequado nas experiências dessas pessoas, do qual elas não teriam conhecimento, como “trans” ou “transgênero”, e pelos quais seriam salvas pela descoberta desses nomes, mas sim que “trans” e “transgênero” foram termos constituídos fundamentalmente a partir da ausência dessas experiências e da falseabilidade de outras.



Como demonstrou Gill-Peterson, antes da categoria ser vista como diagnóstico possível na infância, crianças viveram suas experiências de trânsito de gênero em contextos escolares, mesmo que não houvesse um nome para isso. Ter um nome e um aparato clínico delimitam apenas alguns modos de produzir trânsitos de gênero. B. Camminga (2019), prestou atenção especial ao modo como o termo transgênero pode viajar globalmente e produzir complexidades políticas, traduções culturais equivocadas e discursos coloniais. A análise do caso emblemático de Tiwonge Chimbalanga ocorrido no Malawi em 2009 demonstra bem esse aspecto. Tiwonge Chimbalanga havia sido presa e acusada de “ofensas não naturais” e “práticas indecentes entre homens” após sua cerimônia de noivado com Steven Monjeza ter sido tornada pública. Jornalistas tornaram a cerimônia pública e, segundo a legislação do Malawi, Chimbalanga e Tiwonge foram presos. Segundo conta Chimbalanga, questionaram se Monjeza era gay: “E ele disse ‘sim’ porque não frequenta a escola [não teve muita instrução]... Então veio outra pergunta: ‘Tia Tiwonge, você é gay ou hétero?’ Eu não respondi porque era uma pergunta sem sentido” (Camminga, 2019, p. 104 [tradução e grifos próprios])²⁶.

Chimbalanga foi criada como menina por seu tio em sua aldeia desde a infância e assim foi apresentada a família de Monjeza. Na mídia internacional o caso se espalhava como primeiro casamento “gay” do Malawi, ativistas de outros países protestavam contra o governo, acusaram Chimbalanga de ter feito sua cerimônia paga pelos LGBT’s do exterior. O peso ocidental da palavra “gay” intensificava ainda mais as acusações. No entanto, ela dizia que a primeira vez que ouviu o termo foi quando apareceu ao lado de sua foto no jornal. Segundo mostrou Camminga (2019), organizações trans depois tomaram conhecimento de que Chimbalanga se identificava como mulher, e encamparam o discurso de que estava havendo um apagamento “trans”, não se tratando de um casamento “gay”. Uma das organizações do continente, *Gender DynamiX* (GDX), disse em nota: “Se ela soubesse a palavra transgênero, ela voltaria para um mundo de compreensão de si mesma”²⁷. (Hamblin *apud* Camminga, 2010, p. 106). Essas são formas de apagamento coloniais de outros modos de se compreender que podem tomar as pessoas como ignorantes de si mesmas.

²⁶ Original: “One of the journalists questioned Steven Monjeza, “Steven are you gay?” and he said “yes” because he does not go to school [he was not well educated] ... So another question come, “Auntie Tiwonge are you gay or straight?” I didn’t answer because this was a nonsense question.”

²⁷ Original: “If she knew the word transgender she would come home to a world of understanding of herself.”

A palavra transgênero é ininteligível a Chimbalanga, pois os termos indicam outras corporeidades, outras temporalidades, em suma, outras noções de pessoa. Como vimos, a nomenclatura “transexual” ou “transgênero” pode indicar algo irreversível, ou um ponto de estagnação, como identidade ou como diagnóstico. Isto é, trânsitos de gênero são múltiplos e não são universais, mas se fazem inteligíveis a partir de uma gramática e um contexto histórico específico, mediado por sentidos e significados que são atrelados a uma experiência. Chimbalanga não articula uma experiência de identidade de gênero ou de transexualidade, não se vincula a um diagnóstico. De outro lado, toda a discussão da medicina e da jurisdição sobre transgeneridade e cuidados médicos, se atrelam aos sentidos de diagnósticos e aferições que são da ordem da tomada de decisão irreversível, ou seja, produzem outra gramática.

Outros exemplos de pesquisas que abordaram transformações corporais e travestilidades no Brasil, poderiam ser articulados (Benedetti, 2005; Kulick, 2008). Sabe-se que historicamente as políticas institucionais de acesso à saúde delimitaram a transexualidade à adaptação de processos lineares de intervenções médicas (hormonização contínua, seguida de cirurgias de “redesignação sexual”), que eram legitimadoras para mudanças jurídicas de nome e reconhecimento jurídico como “transexual”. O movimento social organizado, com presença histórica das travestis, foi fundamental para desvincular a adesão a intervenções médicas da autodeterminação de gênero. Pesquisas que apontaram “recusa de um script” na trajetória trans (Texeira, 2012), o modo como o dispositivo da transexualidade é eficaz em apagar ambiguidades nas práticas e discursos corporais, e torná-los lineares, com foco na negação/ódio do corpo (Bento, 2009), ou que demonstram outras práticas de corporificação de feminilidade (por pessoas não designadas mulheres no nascimento) fora do saber biomédico, do modelo do diagnóstico e/ou da identidade, como as transformistas no contexto venezuelano da pesquisa de Marcia Ochoa (2014), ou da pesquisa de Silvana Nascimento (2019), já mencionada.

O que essas pesquisas no campo das Ciências Humanas demonstram é que há sempre produções corporais de trânsito de gênero que ficam à margem do diagnóstico (e das definições de identidade), ou que passam por este e lidam de maneiras ambíguas, borrando concepções, separações preestabelecidas entre gênero e sexualidade, e projetos corporais pré-moldados. Desse modo, se destransição for definida como fenômeno que tenta detectar borras nas transições (descontinuidades, interrupções no uso de hormônio, desidentificações,



descontinuidade acompanhamento clínico) ela não é fenômeno atual, mas sempre presente nas bordas, nas margens da própria categorização das transições viabilizadas.

Por um lado, embora as taxas e índices não consigam indicar interpretações significativas do chamado fenômeno da destransição, eles são considerados como dado científico ou objetivo, por outro, os relatores da *Resolução* do CFM qualificam com desconfiança uma suposta “expansão diagnóstica” de “disforia de gênero” porque, segundo eles, aparentam ser baseadas em critérios “altamente subjetivos”. Os critérios para definir destransição não são também subjetivos nesses estudos? A busca por um critério objetivo em termos de sexo/gênero também não é a decisão “altamente subjetiva”? Quando Young e Quinby, no Instituto Brady em 1915, sugerem uma redesignação de sexo em um menino de 10 anos, após realizarem laparotomia exploratória e encontrarem “útero infantil, trompas e ovários” e isso apesar do jovem Robert apresentar características sexuais secundárias consideradas masculinas, não é uma decisão também altamente subjetiva?²⁸ Quando o Comitê Olímpico Internacional (COI) decide que a atleta Maria Patiño não pode competir na Olimpíadas de 1988, porque encontram um cromossomo Y em seu “teste de sexo” (Fausto-Sterling, 2001), acaso também não é um critério subjetivo? A tentativa de definir em taxas a eficácia de questões de gênero, vem acompanhada de um desejo de expurgar a subjetividade dos critérios de diagnóstico. Na busca por critérios objetivos e aferição de taxas de eficácia e saúde, há um cálculo específico implicado, que mantém, mesmo que de forma não escancarada, um princípio patológico. Segundo Sofia Favero (2024, p. 13), isso “[...] gera uma economia bem específica, cuja balança seria mais ou menos a seguinte: quem atender o maior número de crianças e tiver o menor número de casos de destransição, poderia se considerar oferecendo um tratamento bem sucedido”. Esse tipo de aferição produz o saber médico como aquele que tem poder do acerto ou erro de um diagnóstico, e imputa à destransição um sentido de erro. É sob essa suspeita do equívoco diagnóstico que são avaliadas as clínicas e que são colocadas sob o discurso de promotoras de “ideologia de gênero”.

²⁸ Esse caso é analisado por Gill-Peterson (2018) nos arquivos do Instituto Brady. Segundo o paradigma gonadocêntrico (das gônadas como determinante do sexo) foi sugerido a redesignação feminina antes da puberdade, que era considerada a janela para alterar medicamente o que o corpo parecia indicar em seus desenvolvimentos, segundo a compreensão médica. Quinby aconselhou o pai de que o Robert era uma menina, mas pai recusou e foi embora de Baltimore, onde ficava o Instituto Brady.



Na CPI, já mencionada neste artigo, o deputado do Partido Liberal, Tenente Coimbra, questiona o médico psiquiatra, Alexandre Saadeh do AMTIGOS, sobre se há critérios objetivos para “diagnóstico de disforia de gênero” na infância:

[...] O senhor pode citar alguns desses comportamentos que dividem se a criança, de fato, está numa confusão, num determinado momento da idade ou se, de fato, ela tem esse sentimento, essa não percepção de gênero. Algo mais objetivo do que de fato essa percepção do próprio médico? Eu pergunto isso, com todo o respeito, porque a percepção é muito individual. A subjetividade pode partir também de cada profissional de saúde para cada avaliação. Então tenho a preocupação com isso também, doutor (ALESP, 2023, p. 10-11).

Em estudo de Sarah Jorgensen (2023), *Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties*, do qual os relatores do CFM copiam e colam trechos completos, há esse enunciado discursivo da desconfiança da subjetividade e da busca pela objetividade, como princípio da ciência médica: “Confiar apenas em um senso subjetivo de identidade de gênero pode não ser uma base confiável para a tomada de decisões médicas sobre intervenções frequentemente irreversíveis” (Jorgensen, 2023, p. 2176 [tradução nossa])²⁹. Não quero alegar que não existam outras complexidades e aspectos que precisam ser considerados no acompanhamento clínico, o que quero chamar a atenção é para a suposição implícita de que a subjetividade, para o êxito das análises, deve ser afastada ao invés de envolvida. No entanto, no enunciado de parte desses estudos, não há uma análise objetiva, mas sim subjetividades que podem ser envolvidas, e que são legítimas como análises, e outras que não. Por exemplo, a certa altura do artigo de Sarah Jorgensen (2023), a autora diz que o termo destransição (*detransition*) foi considerado proibido por “defensores transgênero”, devido a sua possível utilização como algo para negar atendimento médico.

Frases como ‘jornada de identidade de gênero’ e ‘desejos dinâmicos por intervenções médicas de afirmação de gênero’ foram propostas como alternativas. No entanto, devemos ter cautela ao adotar eufemismos que possam mascarar danos iatrogênicos (Jorgensen, 2023, p. 2180 [tradução própria])³⁰.

Por que dano iatrogênico indicaria a objetividade do fenômeno por trás dessas expressões? Um dano iatrogênico é um efeito adverso, indesejado, não decorrente de um erro médico, mas que é fruto de uma intervenção médica, portanto delimita a destransição como

²⁹ Original: “solely relying on a subjective sense of gender identity might not be a reliable basis for medical decision-making about often irreversible interventions.”

³⁰ Original: “Phrases such as “gender-identity journey” and “dynamic desires for gender-affirming medical interventions” have been proposed as alternatives. However, we should be cautious about adopting euphemisms that might mask iatrogenic harm”.



um dano. Eufemismos seriam expressões que indicariam o mesmo fenômeno de forma suavizada. No entanto, destransição aparece nesses estudos como dado fugidio, acompanhado de arrependimento ou não, difícil de delimitar, e que carece de estudos. A qualificação quanto ao que é dano, e a própria expressão arrependimento, são permeadas de processos subjetivos. Outro exemplo: comentando sobre estudos nos Estados Unidos sobre altas taxas de descontinuação de terapia hormonal entre adolescentes, a autora diz que embora “não seja sinônimo de arrependimento”, essa taxa de descontinuidade “de uma terapia que geralmente é destinada a durar a vida toda é notável”. E acrescenta: “[...] além disso, o arrependimento pode levar 10 anos para se concretizar, então esses números provavelmente subestimam toda a extensão do arrependimento e da destransição” (Jorgensen, 2023, p. 2177 [*tradução própria*])³¹. Na construção do parágrafo não se sabe ao certo a que números ela está se referindo, já que os dados que ela aponta por último é caso dos EUA, onde a autora mesma diz que não se pode inferir arrependimento ou destransição. É curiosa a afirmação de que o arrependimento pode levar 10 anos para concretizar, porque é uma frase sugestionada, não dialoga com dado do estudo mencionado, mas com outro estudo, bem como a afirmação: “geralmente é destinada a durar a vida toda”. Destinada por quem? E esse dado é “notável” do quê? Em termos “objetivos” é um dado que indica uma descontinuidade de uso de hormônios, as inferências a esses dados não seriam subjetivas?

Há, nesses estudos, destransições que são qualificadas como geradas por “motivos internos” ou geradas por “motivos externos” (preconceito e discriminação), outras definições como retransições. Elas são colocadas formando um amálgama, porém muitas vezes com enquadramentos metodológicos distintos e objetivos distintos, pesquisas qualitativas com perguntas pré-estruturadas, para gerar estatísticas, ou qualitativas e descritivas a partir das experiências das pessoas. O modo como os estudos biomédicos delimitam “critérios de destransição” (*criteria of detransitioning*), para mensurar taxas, e as metodologias abordadas, seria objeto de estudo exaustivo à luz da antropologia, impossível de fazê-lo para os objetivos deste artigo. Esses *critérios* de destransição parecem demonstrar uma ligação histórica interessante com antigos critérios médicos do que seria “transexual”, que definia uma transição. O que delimita uma transição e o que delimita uma destransição? Quando a transição é aferida como uma verdade intrapsíquica a sua verificação se torna a certeza e,

³¹ Original: “Moreover, regret can take up to 10 years to materialize”.

portanto, o esgotamento de possibilidades de arrependimento, ou seja, a sua prevenção. O arrependimento é um medidor da verdade do sujeito. Mas há outras formas de produção trans que arregimentam outros termos em contraposição à lógica da prevenção do arrependimento, como apontou Favero (2024, p. 24).

Se a destransição é comumente definida como uma mudança na percepção da “identidade de gênero”, ela pode ser constitutiva da transição, onde pode haver mudanças nessas percepções o tempo inteiro, na medida em que a transição não é encarada de modo binário e as experiências de gênero ganham outros contornos a partir de outras nomeações. A destransição não é sempre um movimento constitutivo em direção a cisgeneridade, e nem somente indicativo da saída da transgeneridade, como também pode (por que não?) ser indicativo de saída da cisgeneridade, pois quando alguém transiciona é também uma destransição da cisgeneridade que está ocorrendo, uma vez que implica a ressignificação e/ou destituição de signos de gênero atribuídos àquela pessoa. A questão é que esse dado não é convertido em “taxa de arrependimento” que depõe contra a cisgeneridade. Poderíamos argumentar que há um índice de arrependimento da cisgeneridade ainda incalculado? É necessário tornar explícito os processos de assentamento da cisgeneridade, como já nos indicou Viviane Vergueiro (2016). No caso de pessoas trans intersexo, a destransição da cisgeneridade se torna explícita, por envolver algumas vezes interrupções de uso de hormônios na adolescência que mantinham taxas “normais” de estrogênio ou testosterona do gênero designado ao nascimento. Em termos provocativos: a transição não seria fruto de um primeiro “dano iatrogênico” que seria a designação de sexo/gênero ao nascimento?

Parece haver uma patologização e mediatização da destransição tal como houve no enquadramento da “transição”. Nesse processo, a destransição precisa se tornar unívoca, muitas vezes de caráter exclusivamente danoso, no vocabulário do arrependimento (que parece ser o papel análogo que a “disforia” desempenhou como sentimento/sintoma do transexual clássico constituído pela medicina). Excluindo suas multiplicidades, a destransição inteligível é somente a unidirecional (de “trans” para o seu retorno “cis” – assim como outrora a única transição inteligível era que adotava todos os signos do “sexo oposto”, que cruzava para um destino). No entanto, a destransição pode ser entendida como constitutiva da possibilidade sempre aberta de modificar gênero. Os projetos corporais e modificações do corpo de pessoas trans nem sempre são adotados apenas no sentido de “se tornarem” ou por



“serem” homens ou mulheres, mas no sentido de experimentarem uma relação de modificação de seus corpos com os signos de gênero que circulam socialmente, de empreender experimentos hormonais e modificação de texturas da pele, cheiros e geometrias corporais novas. Nesse sentido, assim como há destransições que não se direcionam ao retorno cisgênero, há transições que não são transgêneras, ou que são parcialmente transgêneras, elas se relacionam mais com a produtividade das modificações do que com processos de identificação³².

Considerações Finais

Embora considere importante debater os dados, e trazer à discussão boas evidências que indiquem o contrário do que alegam os documentos da *Resolução* do CFM, ou mesmo apresentar estudos de boas taxas de “desfechos clínicos”, baixas “taxas de destransição”, essa é uma tarefa que foi feita por campos de saber da saúde e da medicina, nos termos que são possíveis de disputar no interior de um debate que infelizmente é feito somente por um enquadramento epistêmico, o da medicina. O que a perspectiva antropológica se questiona é: o que é uma evidência de gênero? Como ela se produz? Como é possível falar de gênero em termos de “arrependimento”, “desfecho clínico”, “evidência” e procedimentos “irreversíveis”? Os estudos biomédicos apontam limites analíticos, na medida em que gênero não é um conceito estritamente objetivo, mas contextual, histórico, social, cultural e produz materialidades múltiplas e não materialidades unívocas. Além disso, a história da medicina produziu múltiplas práticas sobre intervenções corporais desde o século XIX e ao longo do XX, que parecem nem ser consideradas no campo atual dos estudos biomédicos. Como vimos a partir do debate historiográfico trazido ao longo do artigo, outras produções de saberes precisam ser consideradas nas decisões políticas e jurídicas que ditam direitos de jovens trans, e principalmente os desejos e análises das crianças e adolescentes.

³² Paul Preciado (2018) e Jack Halberstam (2023) investem em compreensões de trânsitos de gênero que dialogam mais com processos de experimentação do que com de identificação. Considero um trecho de entrevista da Linn da Quebrada no podcast *Mano a Mano* (2022) o mais ilustrativo disso: “Eu não sinto uma essência feminina que faz com que eu queira me comportar assim, que eu sinta que eu sou mulher. Eu nunca senti que eu sou mulher ou que eu sou feminina. Eu quis viver meu corpo em um lugar, e vivendo eu senti tantas coisas... que eu posso dizer que é feminino, que eu posso dizer que é desobediente. Eu não sei explicar, mas que eu sinto alguma coisa. Nunca senti por exemplo falta do peito, mas em algum momento eu quis fazer um corte, eu quis colocar a prótese. E quando eu coloquei, aí eu senti. E aí eu senti que as relações mudavam” (Linn da Quebrada, 2022, 72:27–73:01min).



Se o tema da destransição foi tomando espaço ao longo do artigo, é porque o discurso sobre ela e as transições na infância e na adolescência são colocados como fenômenos correlatos, pois as destransições são vistas como sintomas de erros diagnósticos na infância e na juventude, do sobrediagnóstico descrito como crescente em idades mais baixas em comparação com séries históricas anteriores. Essa correlação precisa ser mais estudada, para entendermos os sentidos que a infância e adolescência produziram na transexualidade nos discursos médico-psi (psicologia, psicanálise e psiquiatria), e quais sentidos a transexualidade produziu na infância e adolescência. Por exemplo, no discurso do psiquiatra na CPI, vimos que na infância trans é preciso notar “se tem persistência, se é consistente, se é intensa”, ao passo que outros sentidos como o “movimento lúdico, de experimentação” que são comumente integrados ao mundo infantil, devem ser descartados, segundo o modelo do laudo.

Encerro com alguns questionamentos sobre o sentido que o “irreversível” tem adquirido. Existe algo irreversível em termos de gênero? Se adotarmos a linguagem de irreversibilidade não estaríamos assumindo que certas conformações corporais (sejam elas mediadas tecnicamente, como as cirurgias, ou ditas naturais) *assegurariam uma estabilidade* imutável no gênero de alguém? No entanto, assumir isso não é exatamente afirmar o pressuposto da imutabilidade do sexo-gênero (nasce com pênis é irreversivelmente masculino e vagina é irreversivelmente feminino) que sustentou e sustenta a alegada inexistência ou transtorno de pessoas trans?

Não quero dizer que as mudanças não sejam materiais, ou melhor, que não haja materialidade nas mudanças e que tudo é uma questão de perspectiva ou cultura. Ao contrário, a ideia é apostar em múltiplas formas de produção material do corpo que não sejam atreladas à gramática da irreversibilidade, mas, por exemplo, à ideia da feitura de corpo-arquivo, e de gramática do corpo inspirada na arquitetura Lego, segundo adotada por Halberstam (2023, p. 174). Lego é um jogo de peça para montagens e que as crianças logo vão improvisando combinações de peças imprevistas nas instruções. No filme que Halberstam se inspira, “Uma Aventura Lego”, as personagens precisam achar um amuleto que impeça que Lord Business cole as peças lego com a forma que lhe convém. Esse amuleto é uma simples tampa de cola, que impede a fixidez permanente das peças lego em formas impostas por Lord Business. As peças do lego não são irreversivelmente postas nas mesmas



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

combinações, elas estão abertas ao improviso, que é visto por Lord Business como desordens. Do mesmo modo são os projetos corporais que pessoas trans produzem: homens com seios e vaginas, com seios e pelos, ou mastectomizados, mulheres com pênis, mulheres sem seios, mulheres com pelos no peito, nem homens nem mulheres com seios, ou sem seios, com silicone e neovagina, ou vagina... uma série infinita de combinações corporais onde cada materialidade é *reversível* em seu signo segundo um projeto corporal, e onde *todas* essas materialidades, seja uma vagina ou neovagina, um tecno-tórax reto de mastectomia, ou bio-tórax reto, podem indicar feminilidade, masculinidade, ambos, mais de dois, ou nenhum.

Concluo com o exemplo de Voraz, uma adolescente trans de 17 anos que usa serviço Y, que elaborou um projeto gráfico com o objetivo de indicar, captar e visualizar diferentes percepções sobre corpo e efeitos dos hormônios a partir de diferentes cores com vários desenhos de partes do corpo. O uso de diferentes marcações em alternativas com cores distintas indicava no gráfico qual hormônio seria ideal para uma pessoa. Ela conclui que uma pessoa que marca uma certa combinação de cores em um lado do gráfico indicaria o seguinte: “[...] é ideal dar ambos os hormônios [testosterona e estradiol], porém em doses menores” (registro do gráfico de Voraz, visualizado em campo). São esses tipos de especulações corporais, que podem ser ilógicas do ponto de vista clínico, que não são traduzíveis em taxas, elas borram projetos pré concebidos de transições e destruições.

Referências

American Historical Association; Organization of American Historians; LGBTQ+ History Association; Historian Scholars. Brief of amici curiae in support of petitioner and 20 respondents in support of petitioner, United States v. Skrmetti, No. 23-477. **Supreme Court of the United States**, 2024. Disponível em: <https://www.supremecourt.gov>. Acessado em: 20 dez. 2025.

Ariès, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

ALESP. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Comissão Parlamentar de Inquérito criada pelo Ato nº 101/2023**: tratamento para transição de gênero em crianças e adolescentes no HC – São Paulo. São Paulo, 18 ago. 2023. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2025.

Associação Mães pela Diversidade. **Petição amicus curiae na ADI nº 7806**. Encaminhada ao Supremo Tribunal Federal. Relator: Ministro Cristiano Zanin, 2025.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

*o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans**

Benedetti, Marcos. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

Bento, Berenice. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 3, n. 4, p. 96-112, 2009.

Bento, Berenice. **A Reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Salvador: Editora devires, 2017.

Butler, Judith. **Quem tem medo do gênero**. São Paulo: Boitempo, 2024.

Brasil. **Lei nº 15.263, de 14 de novembro de 2025**. Institui a Política Nacional de Linguagem Simples nos órgãos e entidades da administração pública. Brasília: Diário Oficial da União, 17 nov. 2025. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em: 12 dez. 2025.

Brasil. Justiça Federal (Seção Judiciária do Acre). **Ação Civil Pública n.º 1008098-36.2025.4.01.3000**: Ministério Público Federal (autor) vs. Conselho Federal de Medicina (réu). Rio Branco: 3ª Vara Federal Cível e Criminal da SJAC, 2025.

Brown, Mano (apresentador). Entrevista com Linn da Quebrada. **Mano a Mano**, episódio publicado em 10 nov. 2022. São Paulo: Spotify Studios.

Camminga, B. **Transgender refugees and the imagined South Africa**: Bodies Over Borders and Borders Over Bodies. Cham: Palgrave Macmillan, 2019.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2265, de 2019**. Brasília: CFM, 2019.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2427, de 2025**. Brasília: CFM, 2025.

Cruz, Eliel. “We’re just supporting our kid the best we know how”: Meet the families who traveled to D.C. to stand up for gender-affirming care. **Vogue**, 9 dez. 2024. Disponível em: <https://www.vogue.com>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Estadão Verifica. Hospital da USP não faz cirurgia de transição de gênero em crianças, apesar de vídeos falsos circulando. **O Estado de S. Paulo**, 25 abr. 2023. Disponível em: <https://www.estadao.com.br>. Acesso em: 20 nov. 2025.

Fausto-Sterling, Anne. Dualismo em duelo. **Cadernos Pagu**, n. 17-18, 2001.

Favero, Sofia. **Lapidar os sentidos da infância**: reimaginando o cuidado com crianças trans. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

Felizardo, Nayara. Ao menos nove médicos tornam a nova gestão do CFM ainda mais à direita. **Intercept Brasil**, 12 ago. 2024. Disponível em: <https://www.intercept.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Ferreira, Paula. CFM: Médico que descumprir resolução sobre tratamento de pessoas trans será punido. **Estadão**, 16 abr. 2025. Disponível em: <https://www.estadao.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Garland, Fae; Horowicz, Edmund; Dimopoulos, Georgina; Taylor-Sands, Michelle. From clinical to judicial decision-making, and back again in *Bell v. Tavistock?* Preparing for the legacy of court involvement in gender care for minors. **Medical Law International**, v. 23, n. 3, p. 209-240, 2023.

Gill-Peterson, Jules. **Histories of the transgender child**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2018.

Girshick, Lory. Out of compliance: masculine Identified People in Women’s Prisons. *In*: Stanley, Eric; Smith, Nat. (Orgs). **Captive Genders**. Oakland: AK Press, 2015. p. 189-208.

Halberstam, Jack. **Trans***: uma abordagem curta e curiosa sobre variabilidade de gênero. Salvador: Devires, 2023.

Herzer, Anderson. **A queda para o alto**. São Paulo: Vozes, 1982.

Jorgensen, C. J. Sarah. Transition regret and detransition: meanings and uncertainties. **Archives of Sexual Behavior**, v. 52, p. 2173–2184, 2023.

Kaltiala, Riittakerttu.; Helminen, Mika.; Holttinen, Timo; Tuisku, Katinka. Discontinuing hormonal gender reassignment: a nationwide register study. **BMC Psychiatry**, v. 24, p. 566, 2024.

Lulick, Don. **Travesti**: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Moore, Julia K.; Rayner, Cate; Skinner, Rachel; Wynne, Katie; Cavve, Blake S.; Fraser, Brodie; Ganti, Uma; McAllister, Claire; Meyerowitz-Katz, Gideon; Nguyen, Tram; Ravine, Anja; Ross, Brian; Russell, Darren B.; Saunders Liz A.; Siafarikas, Aris; Pang, Ken C. Cass Review does not guide care for trans young people. **Med J Aust**. 223(7), p. 331–337, 2025.

Movement Advancement Project. **Equality maps**: bans on best practice medical care for transgender youth. Ago. 2025. Disponível em: <https://www.mapresearch.org> . Acesso em: 23 ago. 2025.

Nascimento, Silvana de Souza. Fugas e contrapontos na fronteira: reflexões etnográficas sobre transitividades corporais e de gênero no Alto Solimões/AM. **Revista de @ntropologia da UFSCar**, v. 11, n. 1, p. 524-551, 2019.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans*

Noone, Chris.; Southgate, Alex.; Ashman, Alex; Quinn, Éle; Comer, David; Shrewsbury, Ducan; Ashley, Florence; Hartland, Jo; Paschedag, Joanna; Gilmore, John; Kennedy, Natacha; E Woolley, Thomas; Heath, Rachel; Biskupovic Goulding, Ryan ; Simpson, Victoria; Kiely, Ed; Coll, Sibéal; White, Margaret; Grijseels D M; Ouafik, Maxence; McLamore, Quinnehtukqt. Critically appraising the cass report: methodological flaws and unsupported claims. **BMC Medical Research Methodology**, v. 25, p. 128, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40348955/> . Acessado em: 24 out. 2025.

Ochoa, Marcia. **Queen for a Day: Transformistas, Beauty Queens, and the Performance of Femininity in Venezuela**. Durham: Duke University Press, 2014.

Parente, Raphael Camara Medeiros; de Souza, Bruno Leandro; Cardoso Alves, Francisco; Gallo, José Hiran da Silva . In defense of Brazil’s resolution on transgender healthcare. **Nature Medicine**, 31, p. 3956–3957, 2025.

Preciado, P. **Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: N-1, 2018.

Riedel, Samantha. Researchers say a pivotal anti-trans study is riddled with flaws. **Them**, 12 mai. 2025. Disponível em: <https://www.them.us/>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Santa Sé. **Carta aos Bispos da Igreja Católica sobre a colaboração do homem e da mulher na Igreja e no mundo**. Roma: Congregação para a Doutrina da Fé, 31 maio 2004.

Silva, Joe. 'Cobaias': crianças em transição de gênero no HC estão no centro de polêmica. **Gazeta de São Paulo**, 1 fev. 2023. Disponível em: <https://www.gazetasp.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nota técnica e ética**. 15 maio 2025. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2025.

Texeira, Flavia. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 501-512, 2012.

Ventura, Dalva. Como entender o homossexualismo infantil. **Pais & Filhos**, v. 7, n. 12, p. 89-91, 1975.

Vergueiro, Viviane. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. *In*: Messeder, Suely; Castro, Mary Garcia.; Moutinho, Laura. (Orgs). **Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 249-270.

Walker, Harron. This historian has seen the future of trans health care. **Them**, 16 jun. 2025. Disponível em: <https://www.them.us/story>. Acesso em: 06 jul. 2025.



Francisco Borges

“A gente vai aceitar calado?”:

*o debate atual das políticas de saúde para infâncias e adolescências trans**

Submetido em: 10 de fevereiro de 2026

Avaliado em: 19 de março de 2026

Aceito em: 22 de abril de 2026