



À Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina

Aos (Às) Excelentíssimos(as) Senhores(as) Deputados(as) Estaduais

Assunto: Esclarecimentos técnicos e jurídicos sobre afirmações veiculadas em reunião pública acerca da Resolução CFM nº 2.427/2025

Referência: Reunião realizada em 22 de abril de 2026 (quarta-feira), às 19h, no Plenarinho Deputado Paulo Stuart Wright, por requerimento da Deputada Luciane Carminatti

Karollyna Andrade Alves, advogada atuante na área do Direito Médico e da Saúde, juntamente com a associação MATRIA, vem, respeitosamente, à presença de Vossas Excelências, manifestar-se acerca das declarações proferidas na reunião supracitada, as quais, em diversos momentos, revelaram-se **desprovidas de respaldo técnico-jurídico e dissociadas do conteúdo normativo efetivamente estabelecido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina** em debate.

Registre-se que a difusão de informações imprecisas em ambiente institucional de debate público compromete não apenas a qualidade do diálogo democrático, mas também induz à sociedade a elaborar conclusões inverídicas. Nesse contexto, **impõe-se a necessidade de restabelecimento da fidelidade informacional, à luz de elementos objetivos e verificáveis.**

O presente documento tem por **finalidade expor, de forma pontual e fundamentada, os equívocos identificados nas manifestações realizadas**, contrapondo-os com dados e fundamentos constantes na ADI 7806, em trâmite perante o Supremo Tribunal Federal, de modo a contribuir para um debate qualificado, responsável e juridicamente consistente.

DA ALEGAÇÃO DE CARÁTER PATOLOGIZANTE DA RESOLUÇÃO E IMPOSIÇÃO DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO OBRIGATÓRIO

Foi sustentado, durante a exposição, que haveria um processo patologizante intencional, por parte do Conselho Federal de Medicina, de médicos psiquiátricos que enquadram pessoas com disforia ou incongruência de gênero, como pessoas portadoras de transtornos mentais, apenas pelo fato de serem indivíduos que não se encaixam em padrões heteronormativos.

Ainda, foi exposto que a referida resolução impõe, de forma obrigatória, a submissão dessas pessoas a tratamento medicamentoso psiquiátrico - o que não corresponde ao seu conteúdo normativo. Inicialmente, a Resolução 2.427/25, no artigo 2º, §1º e 2º, traz a **obrigatoriedade de tratamento multidisciplinar**, com diferentes profissionais da área médica, visando o atendimento integral do paciente, nos seguintes termos:

Art. 2º O atendimento integral à saúde da **pessoa com incongruência ou disforia de gênero** deve contemplar as suas necessidades, garantindo o acesso a cuidados básicos, especializados e de urgência e emergência com acolhimento e escuta qualificada, garantindo ambiente de confiança e confidencialidade.

§ 1º As informações devem ser claras, objetivas e atualizadas sobre as possibilidades terapêuticas, ressaltando os riscos, as limitações e os potenciais efeitos adversos dos tratamentos propostos.

§ 2º Deve haver **encaminhamento e trabalho conjunto com equipes multidisciplinares dentro da área médica**.

Dessa forma, o que se observa é a estruturação de um modelo de cuidado amplo e integrado, e não a imposição de tratamento psiquiátrico como regra universal. No que se refere especificamente ao acompanhamento psiquiátrico, a Resolução não estabelece qualquer obrigatoriedade de tratamento de suposta “patologia de gênero”, a fim de ‘tratar todos os pacientes’ de modo a que desistam de realizar a transição.

O que se verifica é que, nos casos em que há opção pela terapia hormonal cruzada, prevê-se a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e endocrinológico por 1 (um) ano, previamente ao início do processo. Tal exigência não decorre de uma imputação de transtorno mental, mas sim de um protocolo de segurança clínica, destinado a identificar e tratar eventuais condições que possam interferir no sofrimento psíquico do paciente.

Tal cuidado prévio é importante, pois realizar a transição sem tratar eventuais problemas de saúde não identificados não trará o alívio psíquico esperado pelo paciente. Se o motivo da transição é atingir o pleno gozo da saúde, física e mental, tal intenção pode não

acontecer, na prática, se o paciente, apesar da transição, não tratar as demais causas de seu sofrimento.

Nesse sentido, a ausência de avaliação prévia pode resultar na manutenção do sofrimento psíquico mesmo após a transição, caso existam outras causas subjacentes não tratadas. Não há, por parte do CFM, diretriz voltada à indução do paciente pela desistência da transição de gênero, o que existe, baseado em estudos recentes, é a necessidade de avaliação criteriosa e acompanhamento adequado. É o que se observa abaixo:

Com relação às comorbidades psiquiátricas, nossos resultados são consistentes com a literatura, pelo menos para transtornos depressivos (4). A persistência diagnóstica ao longo do período de acompanhamento de 5 anos, inferior a 50% em todas as faixas etárias, está em consonância com a literatura e provavelmente reflete a fluidez do conceito de identidade de gênero na infância e adolescência (5); no entanto, **também pode ser interpretada como uma indicação da necessidade de um procedimento diagnóstico abrangente e padronizado (...)**

Gender identity disorders among Young people in Germany: prevalence and trends, 2013-2022. Publicação: 2024.

DA ALEGAÇÃO DE QUE A RESOLUÇÃO ABRE MARGEM PARA PATOLOGIZAÇÃO DE ORIENTAÇÃO SEXUAL

Durante a reunião, foi levantada a acusação de que a Resolução CFM nº 2.427/2025 representaria um precedente para a patologização de outras identidades, alcançando, inclusive, a orientação sexual.

A afirmação, contudo, **não encontra respaldo no texto normativo.**

A Resolução delimita de forma expressa seu campo de incidência às situações de **incongruência e disforia de gênero**, não estabelecendo qualquer diretriz, critério ou abordagem relacionada à orientação sexual dos pacientes.

Não há, portanto, no ato normativo, qualquer previsão que autorize - direta ou indiretamente - a ampliação de sua aplicação para além do objeto que regula, tampouco qualquer elemento que sustente a interpretação de que haveria abertura para práticas de patologização da sexualidade.

Trata-se, assim, de leitura extensiva indevida, dissociada dos limites técnicos e jurídicos fixados pela própria Resolução.

DA ALEGAÇÃO DE SUBMISSÃO DE CRIANÇAS A PROCESSOS HORMONAIS, ANTES DA RESOLUÇÃO, POR QUESTÕES CISGÊNERAS E/OU CIS-HETERONORMATIVAS

Durante a reunião, foram apresentadas afirmações no sentido de que, antes da edição da Resolução CFM nº 2.427/2025, crianças seriam submetidas a supostos “processos hormonizadores” associados a padrões cisgêneros ou cis-heteronormativos, imputando-se ao Conselho Federal de Medicina responsabilidade por tais práticas, sem, contudo, a devida especificação técnica.

Essa alegação, além de genérica, desconsidera uma distinção fundamental na prática médica: o uso de bloqueadores hormonais em crianças sempre esteve, historicamente, vinculado a **indicações clínicas bem definidas**, como nos casos de puberdade precoce central ou outras desordens endócrinas. Nessas situações, trata-se de intervenções destinadas a corrigir **desvios objetivos do desenvolvimento fisiológico**, quando há antecipação ou alteração do ritmo puberal fora dos parâmetros considerados normais para a idade, o que pode acarretar prejuízos concretos - como comprometimento da estatura final, impacto psicossocial relevante e desregulação hormonal.

Ou seja, não se trata de intervenções voltadas à conformação de padrões sociais ou identitários, mas sim de **tratamentos terapêuticos para condições médicas identificáveis**, com base em critérios diagnósticos, evidências clínicas e protocolos consolidados na endocrinologia pediátrica.

À luz do próprio texto normativo vigente, a imputação feita ao Conselho não se sustenta:

Art. 5º Fica vedado ao médico prescrever bloqueadores hormonais para tratamento de incongruência de gênero ou disforia de gênero em crianças e adolescentes.

Parágrafo único. **Esta vedação não se aplica a situações clínicas reconhecidas pela literatura médica, como puberdade precoce ou outras doenças endócrinas, nas quais o uso de bloqueadores hormonais é cientificamente indicado.**

A questão a qual os acusadores do Conselho Federal de Medicina não conseguem se desvencilhar é o aspecto central do debate médico: a diferença de robustez das evidências científicas entre as diversas indicações de terapias hormonais.

Nesse sentido, procedimentos tradicionalmente adotados na endocrinologia, como aqueles voltados ao tratamento de condições reconhecidas (a exemplo da puberdade precoce), possuem lastro consolidado na literatura. Por outro lado, no contexto da transição de gênero em crianças e adolescentes, a própria controvérsia científica e o nível ainda limitado de evidências impõem maior cautela clínica.

Portanto, a comparação de procedimentos sequer pode ser feita, visto que os diferentes procedimentos não possuem os mesmos critérios de aceitabilidade na comunidade científica. A **equiparação entre tais procedimentos revela-se tecnicamente inadequada**, por ignorar os distintos critérios de validação científica exigidos para cada intervenção médica.

DA ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA NA ELABORAÇÃO DA RESOLUÇÃO

Sustentou-se, durante a reunião, que o Conselho Federal de Medicina teria se limitado a emitir opiniões, sem respaldo científico, durante a elaboração da Resolução CFM nº 2.427/2025. Tal afirmação não se sustenta.

Conforme registrado nos autos da ADI 7806, o processo de construção normativa considerou um conjunto diversificado de evidências, incluindo estudos longitudinais, revisões sistemáticas, pesquisas de campo e também posicionamentos técnicos de especialistas. A resolução, portanto, não decorre de juízo meramente opinativo, mas de avaliação técnica baseada em diferentes níveis de evidência científica, cuja análise comparativa orientou a tomada de decisão regulatória.

Apenas em sede de apresentação de documentos, os estudos apresentados pelo Conselho Federal de Medicina, os quais estão evidenciados nos autos, foram:

1. The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Abril, 2024.
2. Treatment for pediatric gender dysphoria review of evidence and best practices. Department of Health and Human Services. May, 2025.
3. Gender identity disorders among Young people in Germany: prevalence and trends, 2013-2022. An Analysis of Nationwide Routine Insurance Data. May, 2024.
4. Transexualidade, ordem médica e política de saúde: controle normativo do processo transexualizador no Brasil. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Abril, 2019.
5. O direito fundamental ao cuidado no âmbito das famílias, infância e juventude. 2008.
6. A "disforia de gênero" infantojuvenil e o direito fundamental a proteção integral da criança e do adolescente. Um debate necessário. Sem data.
7. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners.
8. Treatment strategies for gender identity disorder in Japan, 2024.
9. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old Young people with persistente gender dysphoria in the UK. Publicado em 2021.

10. Incongruência de gênero na infância ou repatologização da homossexualidade? Publicado em 2020.
11. Médicos dizem que o questionamento de gênero em crianças e adolescentes precisam de mais embasamento científico. 2019. October, 2021.
12. Anvisa: como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos. Publicado em 2022.
13. Ciência sobre bloqueadores de puberdade para mudança de gênero é de qualidade muito baixa. Publicado em 2021.
14. In defense of Brazil's resolution on transgender healthcare. Nature Medicine. October, 2025.
15. Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. April, 2021.
16. Novas diretrizes médicas e terapêuticas para questões de gênero e o Princípio do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente. Junho, 2021.
17. Princípio da pessoa em desenvolvimento: fundamentos, aplicações e tradução intercultural. Junho, 2014.
18. Princípio da precaução: considerações epistemológicas sobre o princípio e sua relação com o processo de análise de risco. Agosto, 2003.
19. Gender-questioning children deserves better Science. December, 2018.
20. Incongruência de gênero na infância ou repatologização da homossexualidade? February, 2020.
21. É complicado: médicos dizem que o questionamento de gênero em crianças precisa de mais embasamento científico. Fevereiro, 2019.
22. Growing Pains: Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria. 2017.
23. A epidemia transexual: histeria na era da ciência e da globalização. Junho, 2017.
24. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. 2009.
25. Gonadotropin-releasing hormone agonists and fracture risk: a claims-based cohort study of men with nonmetastatic prostate cancer. 2005.
26. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. 2018.
27. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. 2015.
28. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. 2010.
29. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. 2011.
30. Ganhar tempo ou travar o desenvolvimento? O dilema da administração de bloqueadores hormonais em crianças e adolescentes trans. Sem data.
31. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. 2014.
32. Two Years of gender identity services for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. April, 2015.
33. Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence. November, 2008.
34. Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. December, 2008.

35. Gender-Affirming Hormone Treatment Decreases Bone Turnover in Transwomen and Older Transmen. October, 2019.
36. Evidence review: gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. 2020.
37. Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. 2020.
38. Recomendações atualizadas para terapia hormonal para disforia de gênero em jovens. 2022.
39. Pesquisa epidemiológica com população trans. 2021.

Cumprir destacar que, embora os estudos mencionados tenham sido considerados no processo de elaboração da Resolução CFM nº 2.427/2025, parcela relevante dessas evidências apresenta caráter inconclusivo - circunstância que, longe de desqualificar o processo decisório, evidencia a atuação diligente do Conselho Federal de Medicina, inclusive ao identificar e explicitar limitações metodológicas existentes.

Nesse sentido, a própria inconclusividade de determinados estudos foi incorporada como elemento relevante na análise técnica, afastando qualquer alegação de seleção enviesada de dados. Não se verifica, portanto, recorte científico direcionado à validação de uma suposta “visão heteronormativa”, mas sim a consideração ampla e crítica do conjunto probatório disponível.

O que se depreende, a partir dessa base informacional, é que o resultado posto na resolução, ainda que eventualmente divergente de determinadas correntes, não decorre de decisão unilateral, mas de processo técnico estruturado, pautado na prudência científica e na avaliação criteriosa das evidências existentes.

DA ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ESCUTA SOCIAL E SUPOSTA DECISÃO UNILATERAL

Também foi afirmado que o Conselho Federal de Medicina teria deliberado de forma unilateral, sem ouvir pessoas trans ou entidades representativas, na elaboração da Resolução CFM nº 2.427/2025. A alegação não se sustenta diante dos registros oficiais do próprio processo de construção normativa.

As atas públicas demonstram a realização de múltiplas oitavas institucionais, no período de 23/06/2022 a 08/08/2023, com a participação de diversos órgãos, entidades e segmentos da sociedade, incluindo instituições médicas, órgãos públicos, organizações da sociedade civil e representantes com posições divergentes sobre o tema.

Foram ouvidos, entre outros: o Conselho Nacional dos Direitos Humanos - CNDH, Departamento de Saúde da Família e Comunidade/Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde, Comissão de Direitos Humanos, Minorias e Igualdade Racial, da Câmara dos Deputados, ONG Minha Criança Trans, Partido Socialismo e Liberdade e MATRIA – Mulheres Associadas, Mães e Trabalhadoras do Brasil.

Esse conjunto de contribuições evidencia que **o processo decisório não se deu de forma isolada, mas sim a partir da escuta de múltiplos atores institucionais**, com visões, inclusive, contrapostas.

Assim, ainda que o resultado normativo tenha sido objeto de discordância por determinados grupos, não é tecnicamente sustentável a afirmação de que tenha havido decisão unilateral, mas sim um processo deliberativo que considerou diferentes perspectivas antes da consolidação da norma.

DA ALEGAÇÃO DE AUMENTO DE SUICÍDIOS APÓS A EDIÇÃO DA RESOLUÇÃO

Durante a reunião, foi afirmado que a edição da Resolução CFM nº 2.427/2025 teria ocasionado um suposto aumento de suicídios entre crianças e adolescentes com disforia de gênero.

Trata-se de **afirmação de extrema gravidade, que demanda, necessariamente, lastro empírico robusto e demonstração causal minimamente consistente — o que não foi apresentado no debate.**

Não foram indicados dados, estudos, recortes amostrais, séries temporais ou qualquer metodologia que permita verificar a existência desse fenômeno, tampouco estabelecer nexos entre a norma editada e o alegado agravamento de desfechos em saúde mental.

A formulação de conclusões dessa natureza sem suporte técnico-científico não apenas fragiliza o debate público, como também pode induzir a interpretações equivocadas sobre tema sensível, que exige rigor analítico e responsabilidade institucional.

Dessa forma, a alegação, tal como apresentada, carece de comprovação e não pode ser considerada como elemento válido de crítica à Resolução.

DA ALEGAÇÃO DE TRATAMENTO DESIGUAL NA UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS HORMONAIS

Foi igualmente sustentado, durante a reunião, que haveria aceitação social da hormonização de pessoas cisgênero, ao passo que tal possibilidade estaria sendo negada especificamente a crianças e adolescentes trans, sugerindo-se tratamento desigual por parte da Resolução CFM nº 2.427/2025.

A argumentação, contudo, foi apresentada de forma genérica, sem a indicação de quais seriam tais procedimentos hormonais, suas finalidades clínicas ou os protocolos médicos que os fundamentariam.

De fato, a utilização de terapias hormonais em pacientes que não apresentam disforia de gênero ocorre em contextos médicos específicos - como no tratamento de disfunções endócrinas -, os quais possuem indicações clínicas consolidadas, critérios diagnósticos definidos e respaldo científico robusto. Tais situações não se confundem com intervenções voltadas à transição de gênero, que envolvem outras variáveis clínicas e, atualmente, distintos níveis de evidência científica.

Ademais, não foram apresentadas, na exposição, resoluções do Conselho Federal de Medicina, diretrizes terapêuticas ou protocolos clínicos que sustentassem a existência dessa suposta prática generalizada de “hormonização” em crianças e adolescentes para fins não terapêuticos.

Assim, a comparação proposta revela-se imprecisa do ponto de vista técnico, por equiparar contextos clínicos distintos sem a devida fundamentação, o que compromete a validade da crítica formulada.

DA UTILIZAÇÃO DE LINGUAGEM ACUSATÓRIA E DESQUALIFICAÇÃO PESSOAL NO DEBATE

Durante a reunião, foram proferidas afirmações no sentido de que indivíduos que concordam com as diretrizes da Resolução CFM nº 2.427/2025 seriam “nazistas” ou “fascistas”, associando tais posições, ainda, a supostas intenções de extermínio de grupos sociais.

Na mesma linha, sustentou-se a existência de uma alegada “política de morte” conduzida por médicos, com o objetivo de levar pessoas trans à eliminação direta ou à exaustão mental, buscando-se, com isso, incutir a ideia de desamparo institucional deliberado baseado em preconceito generalizado da classe médica.

Tais manifestações configuram desqualificação pessoal e retórica incompatível com o debate técnico e institucional, por não se apoiarem em elementos verificáveis e por substituírem a análise objetiva por imputações de natureza ideológica.

Ademais, foi apresentada a associação de que apoiadores da Resolução seriam coniventes com o consumo de álcool por crianças e adolescentes - afirmação que não guarda qualquer relação lógica ou pertinência temática com o objeto discutido, evidenciando desvio argumentativo.

A formulação de juízos dessa natureza não contribui para o exame da matéria, tampouco permite a construção de diálogo qualificado, especialmente em ambiente institucional que exige fundamentação objetiva e respeito à pluralidade de posições.

Assim, a crítica à Resolução deve se dar com base em seus fundamentos normativos, evidências científicas e impactos concretos, não sendo tecnicamente admissível a substituição desse exame por rótulos ou acusações genéricas que inviabilizam o debate racional.

DA SIMPLIFICAÇÃO INDEVIDA QUANTO À REVERSIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS E À ALEGADA LIBERDADE IRRESTRITA DE TRANSIÇÃO

Durante a reunião, foi sustentado que a pessoa deveria ser livre para transicionar e destransicionar, como se tais processos fossem plenamente reversíveis e desprovidos de consequências relevantes.

A argumentação, contudo, desconsidera os riscos clínicos concretos associados a intervenções hormonais e eventuais procedimentos correlatos, bem como ignora a própria complexidade médico-assistencial já evidenciada nos tópicos anteriores e reconhecida na Resolução CFM nº 2.427/2025.

Conforme demonstrado pelas evidências consideradas no âmbito da ADI 7806, há registros de casos em que processos de transição não se mostram plenamente reversíveis, podendo resultar, por exemplo, em infertilidade ou em efeitos físicos e psíquicos persistentes.

Ainda que tais desfechos não se verifiquem em todos os casos, **trata-se de riscos suficientemente relevantes do ponto de vista médico, os quais não podem ser tratados de forma leviana ou reduzidos a uma lógica de escolha simples ou equiparável a decisões sem impacto clínico duradouro.**

Ao ignorar esses elementos, o debate incorre na mesma falha já apontada anteriormente: a desconsideração de evidências - inclusive aquelas que indicam limitações, incertezas ou desfechos adversos - que foram, ao contrário, devidamente ponderadas no processo de elaboração normativa.

Assim, a abordagem que reduz a transição e eventual destransição a uma esfera de liberdade irrestrita, sem a correspondente consideração dos riscos envolvidos, mostra-se incompatível com os princípios da prudência clínica, da proteção integral à saúde e da tomada de decisão informada, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes.

Diante de todo o exposto, requer-se que esta Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina adote as providências institucionais cabíveis, no sentido de buscar esclarecimentos formais junto à Deputada Luciane Carminatti acerca das afirmações veiculadas na reunião referida, bem como promova a devida apuração no âmbito da Comissão de Saúde desta Casa Legislativa. Requer-se, ainda, que seja dada ciência dos fatos ao Conselho Federal de Medicina, para que avalie a adoção das medidas que entender pertinentes, especialmente diante da divulgação de informações potencialmente equivocadas em espaço institucional.

É o que importa relatar.

Santa Catarina, 02 de maio de 2026.