

DRA. CARLA DORGAM AGUILERA
DRA. CLARA NASSER
DRA. CLÁUDIA MOREIRA PAULA LIMA
DR. EDUARDO NASCIMENTO MÓS NETO
Médicos DR. FABIANO GARCIA VANDERLINDE
DR. GUSTAVO BEOJONE MESSI
DRA. JORDANA DE FARIA BESSA
DR. MARCOS ROBERTO MARQUES
DR. TIAGO STEFANON

De São Paulo para Brasília, 23 de outubro de 2017.

*À Sua Excelência o Senhor Mendonça Filho
Ministro da Educação
BRASÍLIA – DF*

APELO MÉDICO-CIENTÍFICO ACERCA DA BASE NACIONAL COMUM CURRICULAR

-versão preliminar-

Apresentamos neste documento uma argumentação acerca de inserção de ideologia de gênero na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para fundamentar a solicitação da **retirada de toda menção ao termo “gênero” e seu uso significando identidade pessoal** da redação da BNCC, a saber, das páginas que continuam na terceira versão da BNCC, com citações a “gênero” significando identidade:

- pg. 19 (“*sem preconceitos de gênero*”),
- pg. 56 (“*aprendizagens referentes às relações de gênero*”),
- pg. 159 (“*problematizar questões de gênero*”),
- pg. 161 (“*discutindo questões de gênero*”),
- pg. 165 (“*problematizar questões de gênero*”),
- pg. 181 (“*com base na análise dos marcadores sociais de gênero*”),

- pg. 193 (“*problematizar preconceitos e estereótipos de gênero*”),
- pg. 301 (“*sem preconceitos baseados nas diferenças de gênero*”),
- pg. 305 (“*diversidade de gênero*”),
- pg. 313 (“*respeito à diversidade sem preconceitos de gênero*”),
- pg. 318 (“*preconceitos de gênero*”),
- pg. 319 (“*aspectos de gênero*”),
- pg. 351 (“*temáticas voltadas para as questões de gênero*”),
- pg. 378 (“*questões de gênero*”),
- pg. 379 (“*identificar as transformações ocorridas no debate sobre as questões de gênero no Brasil durante o século XX e compreender o significado das mudanças de abordagem em relação ao tema*”),
- pg. 381 (“*construções de gênero na história recente*”).

A razão que leva a levantar-nos para manifestar as informações do presente documento fundamenta-se no nosso compromisso com a ética e a verdade dos fatos. Em obediência ao juramento de Hipócrates, primamos por seguir suas palavras: “**Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele.**” cremos no valor dos princípios que o juramento hipocrático ilustra e aqui, em especial, nos apegaremos ao **Princípio da Não-Maleficência**, que remete à máxima da ética médica “*Primum Non Nocere*”, que no caso está sendo **amplamente transgredida**, como passaremos a expor através da análise que sustenta este apelo. E exortamos a que nele se inspirem todos que estão comprometidos com os nossos mesmos fundamentos.

O presente trabalho estrutura-se em seis partes, como se segue:

- 1. DO MÉTODO CIENTÍFICO.** Discorreremos em breves linhas os princípios básicos para entender-se o que é o conhecimento científico, expondo como a ciência forma um todo coeso e coerente, sendo que o rigor e a honestidade no seguimento do método científico são requisitos elementares para permitir a posterior aplicabilidade dos conhecimentos alcançados.
- 2. DA NATUREZA DE HOMEM E MULHER.** Entraremos no cerne da questão: se existe ou não existe aquilo que chamamos de homem e mulher. Examinaremos as diferenças biológicas entre homem e mulher e o fato de que as crianças, já ao nascer, estão determinadas, e não neutras, quanto ao sexo. Assim, corroboraremos que os órgãos sexuais constituem uma evidência

da realidade mais profunda que é o sexo, e que o corpo já traz em si desde a vida intrauterina. E a identidade sexual subjetiva que o segue o faz a partir de um impulso intrínseco, e não extrínseco, ao corpo, de maneira intimamente articulada e conatural. Mostraremos, a partir de diversos estudos, que estes conceitos não são, como defendem os ideólogos de gênero, imposições socioculturais ou construídas ao longo da história humana, mas sim dados da realidade, inscritos em todos os níveis do organismo humano.

3. DA DETERMINAÇÃO AO NASCIMENTO OU DA NÃO NEUTRALIDADE. Abordaremos os fatos que evidenciam que as crianças nascem determinadas, e não neutras, quanto ao sexo, contestando a tese da “*página em branco*” e mostrando que temos determinações genéticas desde o nascimento que direcionam nosso desenvolvimento.

4. DA DISCRIMINAÇÃO. Abordaremos o intrincado tema da discriminação e evidenciaremos, com fatos e pesquisas, que esta não é a causa estabelecida dos elevados índices de comorbidades psiquiátricas em indivíduos com transtorno de identidade de gênero. Essa associação de causalidade, que num primeiro momento parece intuitiva é, na verdade, uma suposição precipitada, que não encontra respaldo nos estudos científicos sobre o tema. Exporemos os diálogos que se dão a este respeito na comunidade científica e os diversos caminhos que se abrem a partir deles.

5. DA REDESIGNAÇÃO SEXUAL. Neste ponto, passaremos a descortinar o panorama da realidade da ideologia de gênero quando aplicada individualmente, ou seja, levada concretamente até suas últimas consequências. Evidenciaremos os alarmantes dados de saúde mental relacionados à redesignação sexual, bem como as contradições centrais das terapias atualmente propostas à população com a chamada disforia de gênero.

5.1. Terapia hormonal: intervenções hormonais em contraposição ao natural curso da puberdade, mesmo face às reconhecidas altas taxas de resolução espontânea da disforia de gênero em crianças.

5.2. Intervenção cirúrgica: irreversibilidade,

arrependimentos, índices de reoperações e suicídios. Afinal, se o gênero é fluido, por que propor uma intervenção permanente tão radical e mutilante?

6. DA ORIGEM DO GÊNERO. Encerramos com um breve relato histórico do conceito “*identidade de gênero*”, lembrando o desastroso experimento que serviu simultaneamente de berço e sepultura à ideologia de gênero na ciência.

1. DO MÉTODO CIENTÍFICO.

A ciência forma um todo coeso, sem contradições.

Nossa argumentação sustenta-se no fato de que a ciência é um sistema de conhecimentos certos, ordenados, que parte de fatos experimentais observados e/ou de verdades já conhecidas em busca de verdades desconhecidas e de leis operacionais universais.

Neste contexto, todos temos, portanto, toda a liberdade para olhar os fatos e desenvolver hipóteses explicativas acerca destes, iniciando os passos do que se conhece como método científico. É assim que nasce a ciência. No entanto, se pararmos neste ponto e pretendermos ensinar nossas hipóteses com a legitimidade das certezas sem a devida e meticulosa conferência com a realidade dos fatos, ou seja, através da completude do método científico rigorosamente observada, o que obteremos não é ciência, mas um agrupamento desarticulado de opiniões incertas, flutuantes ante a realidade como tal.

Fato é que quando há contradição em algum campo das ciências, os olhares dos pesquisadores se voltam para as questões discordantes, estudos são realizados profusamente, congressos são organizados, colocando pesquisadores com seus resultados, similares ou discrepantes, em debate, artigos e mais artigos são elaborados e discutidos exaustivamente, tudo em busca daquilo que definirá a resposta para a incongruência inicial.

No caso em discussão, estamos ainda longe de termos encontrado a resposta que corroboraria o que vem sendo difundido por aqueles defendem a ideologia de gênero, a idéia de que talvez não seja a biologia que determina a autoidentificação do indivíduo com o sexo biológico, chamada de identidade de gênero, mas sim a sociedade e cultura circundantes. Estamos distantes dessa realidade como verdade, antes de tudo, porque tal teoria mal se sustenta sequer como hipótese quando analisada criteriosamente. Embora caibam diversas perguntas, diálogos e estudos acerca dos fatores que influenciam essa dita identidade, não estamos nem sequer perto daquele caso em que a nova hipótese, resistindo à análise minuciosa dos fatos, permanece intacta, enquanto a teoria conhecida anteriormente desmorona sob a ótica de estudos mais avançados.

Ao contrário, o que temos visto é uma reafirmação contundente, pesquisa após pesquisa, no que tange, tanto às tecnologias modernas quanto

aos princípios tradicionais das ciências biológicas e humanas, de que a assim chamada identidade de gênero tem forte e profunda relação com a base genética e, em consonância com esta, as expressões endócrina e neurológica naturais do indivíduo. E é a partir desses estudos que apontam tais reafirmações que exporemos o que se segue.

2. DA NATUREZA DE HOMEM E MULHER.

“Homem” e “mulher” não são construções socioculturais impostas, mas sim dados da realidade.

“Estritamente falando, não se pode dizer que existam 'mulheres'.”

Julia Kristeva

“Não existe uma identidade de gênero por trás das expressões de gênero, a identidade é performativamente constituída.”

Judith Butler

Ideólogos de gênero levantam a hipótese de que a sociedade e a cultura vigente determinam o que chamam de identidade de gênero, aquilo que informa o indivíduo.

Contrapomos a este conceito, primeiramente, os estudos da neurociência, os quais vem apontando há décadas para claríssimas diferenças anatômicas e funcionais entre o cérebro de homens e mulheres (HAUSMANN, 2017; RITCHIE et al, 2017a; RITCHIE et al, 2017b; LARA & ROMÃO, 2013; DELACOSTE et al, 2015). Os artigos mostram, com imagens de ressonância magnética funcional, as evidentes diferenças entre o sistema nervoso central de homens e mulheres em diversas regiões cerebrais, como a junção têmporo-parietal e sulco temporal superior direitos, o córtex somatossensorial, motor e pré-motor bilateralmente, o corpo caloso, regiões da amígdala e do hipotálamo. Embora falte ainda uma resolução definitiva, há ainda outros estudos que indicam que essas diferenças poderiam sim justificar a existência de diferentes habilidades, preferências e comportamentos entre os sexos feminino e masculino (GUR & GUR, 2017; MCEWEN & MILNER, 2017; POEPPL et al, 2016a; SACHER et al, 2013; LOMBARDO et al, 2012a; LOMBARDO et al, 2012b; BAO & SWAAB, 2011; LEVAY, 1991), levando toda uma linha de pesquisa a lidar com termos como “*sexo cerebral*” (DAMIANI et al, 2005). O fato salientado nessas pesquisas é que as diferenças neurológicas entre os sexos existem, são bem definidas e inúmeras.

Mais ainda, diversos pesquisadores estudando áreas cerebrais relacionadas especificamente ao comportamento sexual, como o núcleo sexualmente dimórfico da área pré-óptica hipotalâmica, sugerem haver diferenças neuroanatômicas não somente entre homens e mulheres, mas

também entre heterossexuais e homossexuais (POEPPL et al, 2016b). Ideólogos de gênero tendem a questionar aqui se essas diferenças são causa ou efeito das construções socioculturais que circundam o indivíduo, tendo em vista a conhecida propriedade de neuroplasticidade cerebral. No que tange a esse ponto, bem explicam os autores do artigo *“Orientação Sexual Humana: A Importância da Convergência das Evidências”* (BALTHAZART & COURT, 2017), expondo o seguinte: *“Estamos encarando aqui o clássico problema entre o ovo e a galinha. Mas a interpretação de que esses achados são resultados do estilo de vida e de experiências culturais e sociais do indivíduo é improvável pelos seguintes fatos: 1. modelos animais mostram núcleos sexualmente dimórficos da área pré-óptica hipotalâmica similares, que se desenvolvem sob a influência precoce de testosterona e estão presentes antes de o animal experimentar comportamento sexual (ROSELLI, REDDY & KAUFMAN, 2011), e 2. a plasticidade morfológica cerebral em resposta ao ambiente ou comportamento é mais proeminente no córtex cerebral do que no hipotálamo, o qual está relacionado principalmente a alterações hormonais (GARCIASEGURA, 2009; GARCIA-SEGURA, 2010; PASCUAL-LEONE et al, 2005)”*. Os autores colocam ainda que embora os achados de estudos semelhantes isoladamente não sejam completamente conclusivos, quando tomados em conjunto, no entanto, eles fornecem evidências convergentes, as quais apontam todas na mesma direção: a importância do fator biológico no comportamento, identidade e orientação sexual. Se essa resposta é considerada inconclusiva pelos defensores da ideologia de gênero, isto não significa que a hipótese oposta é verdadeira, ou seja, a hipótese de que essas diferenças sejam apenas efeito secundário da sociedade e cultura, mas significa simplesmente que tal hipótese, e apenas nesse ponto, continuaria sem resposta. E apenas nesse ponto, pois se por um lado está ainda em desenvolvimento o panorama da compreensão dos fatores que influenciam a autoidentificação e a orientação sexual, por outro lado está mais do que bem evidenciado que há características próprias que diferenciam os cérebros do homem e da mulher, portanto, *“homem”* e *“mulher”* existem sim e não são apenas construções sociais, pois existem não só socialmente, mas anatômica, fisiológica e neurologicamente.

3. DA DETERMINAÇÃO AO NASCIMENTO OU DA NÃO NEUTRALIDADE.

***Crianças nascem determinadas,
e não neutras, quanto ao sexo.***

“Ninguém nasce mulher, torna-se mulher.”

Simone de Beauvoir

*“Não se pode dizer que os corpos tenham uma existência
significável anterior à marca do seu gênero.”*

Judith Butler

Contra essas afirmações, colocamos os estudos e conclusões do Dr. Steve Pinker, publicados no livro *“Tábula Rasa: A Negação Contemporânea da Natureza Humana”* (PINKER, S., 2003). No livro, o autor contesta, através de dados da genética comportamental e da psicologia evolutiva, a tese da “página em branco”, mostrando que temos determinações genéticas desde o nascimento que direcionam nosso desenvolvimento (RATNU et al, 2017; NGUN & VILAIN, 2014; PLOMIN & DANIELS, 2011; RODRIGUEZ-LARRALDE & PARADISI, 2009; BOCKLANDT et al, 2006; NASSIF et al, 2005; WHITAM et al, 1993; HAMER et al, 1993).

Em uma análise ainda mais simples, indicamos os conhecimentos da neonatologia, que traz em sua prática diária o fato de que o bebê ao nascer não “página em branco”, mas há, ao contrário, dezenas de reflexos que ele realiza desde o nascimento, como os reflexos da preensão palmar, apoio plantar, marcha reflexa, de busca e de sucção, entre outros. Ninguém precisa ensiná-lo, por exemplo, a sugar o leite materno. Se ele é uma página em branco, como saberia fazê-lo sem ser ensinado a tanto? Mas a carga que o recém-nascido traz consigo não envolve meramente reflexos neurológicos primitivos.

Assinalemos os achados da endocrinopediatria. Observem o caso da desidroepiandrosterona, um precursor dos hormônios sexuais. Curiosamente, ele é o mesmo em homens e mulheres até um certo ponto da infância, quando se converte em hormônio masculino ou feminino. Essa conversão não se dá pelo que o indivíduo pensa que é ou como ele se comporta. O que desencadeia essa conversão é o sexo genético, que é a leitura que o próprio corpo do indivíduo tem de si mesmo, inscrita no código genético de cada uma das células do seu corpo, nos já bem conhecidos cromossomos sexuais, os quais

são ou feminino ou masculino, ou seja, XX ou XY, respectivamente, sem terceira opção. Conclui-se que o próprio corpo determina, através de uma mensagem genética, qual hormônio produzirá, baseado no sexo a que o indivíduo pertence (BRAMBLE et al, 2017; DATTANI et al, 2011; HABENER, 2011).

Podemos mostrar ainda, no campo da embriologia, alguns estudos que evidenciam uma íntima relação entre o ambiente hormonal intrauterino materno e as diferenças anatômicas cerebrais no feto segundo o sexo (PEPER & KOOLSCHIJN, 2012; COHENBENDAHAN ET AL 2004; NEGRI-CESI, 2004). Além de agir na formação do sistema nervoso central, a ação hormonal também parece ter efeito sobre as diferenças comportamentais entre os sexos, tendo influência ainda durante o desenvolvimento da criança. Em estudo realizado pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade de Cambridge, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de testosterona fetal e o comportamento de brincar típico segundo o sexo da criança (AUYEUNG et al, 2009), reafirmando o que outros encontraram antes deles quanto à essa relação entre níveis de androgênios na fase pré natal e a escolha de brinquedos tidos como tipicamente masculinos ou femininos, além das preferências de atividades mais reconhecidamente masculinas ou femininas (HINES et al, 2016, 2003, 2002; LOMBARDO et al, 2012b; MEYER-BAHLBURG et al, 2008; PASTERSKI et al, 2005; HU et al, 1995; EHRHARDT & BAHLBURG, 1981).

Tudo se revela interligado, e aqui estamos ainda no campo biológico, nada determinado pelo entendimento sociocultural da sexualidade da pessoa. Estamos falando da relação desses comportamentos com o desenvolvimento do corpo em si, a partir de gatilhos intrínsecos e naturais, orquestrado pela genética e, por conseguinte, fisiologia hormonal do próprio corpo, sem interferência da cultura ou da sociedade. Portanto, todas essas ciências, genética comportamental, embriologia, neonatologia, endocrinopediatria, psicologia evolutiva, psiquiatria vêm demonstrando com copiosos dados, que as crianças estão longe de serem “*páginas em branco*” ao nascer. Ao contrário, já encerram em si, desde fases pré-natais, determinações diversas segundo a carga genética hereditária e o ambiente intrauterino em que se desenvolvem.

4. DA DISCRIMINAÇÃO.

Discriminação não é a causa estabelecida dos maiores índices de distúrbios psiquiátricos na população LGBT.

“A diretora do instituto disse que a depressão provocada pela impossibilidade de se assumir e as ameaças devido a sua orientação sexual são as principais razões deste quadro [que as meninas lésbicas têm mais chances de tentar o suicídio do que gays ou heterossexuais da mesma faixa etária].”

*Diversidade Sexual na Educação:
Problematizações sobre a Homofobia nas Escolas.
UNESCO, 2009.*

A maior prevalência de problemas de saúde mental na população LGBT é causa de preocupação, e as autoridades e os médicos devem batalhar com seriedade para reduzir esses riscos. Mas para sabermos que tipos de medidas irão ajudar a melhorá-los, necessitamos antes entender as suas causas.

Um dos principais argumentos daqueles que defendem a permanência da ideologia da gênero na BNCC é a hipótese do modelo de estresse social (“*social stress model*”), a qual advoga que discriminação, estigmatização, bullying e similares seriam fatores decisivos para os piores índices de problemas de saúde mental entre as minorias sexuais. Isto implicaria que a redução desse estresse social melhoraria os problemas de saúde mental vivenciados por essa população. A partir deste raciocínio, estão sendo requeridos o ensino do gênero nas escolas e uma série de outras intervenções públicas.

Entretanto, a literatura médica disponível até o momento, mostra que a contribuição do modelo de estresse social nesse elevado número de desordens mentais é pequena (HOYELLIS & FREDRIKSEN-GOLDSSEN, 2017).

Os trabalhos científicos sobre o tema estudam o comportamento e perfil psicológico da população LGBT como um todo, e tendem a confirmar que esse subgrupo populacional, de fato, possui significativa maior associação com outros transtornos psiquiátricos em comparação com a população em geral (LACHOWSKY et al, 2017; IBRAHIM et al, 2016; GRELLA et al, 2009; KING et al, 2008; COCHRAN et al, 2003).

Uma meta-análise feita em 2008, pelo professor de psiquiatria da

University College London, Michael King, mostrou que homossexuais e transgêneros têm 2,47 vezes maior chance de cometer suicídio, 2 vezes maior chance de desenvolver depressão e 1,5 vez maior chance de apresentar transtornos de ansiedade. Isso sem falar nas maiores taxas de abuso de drogas e álcool, insônia e transtornos de humor (KING et al, 2008).

É preciso ter clareza na diferenciação dos fatores. Essa população enfrenta discriminação (EARNSHAW et al, 2016; PELULLO et al, 2013; HUEBNER et al, 2004), como já dito, este é um fato que deve ser combatido com seriedade. Porém, apesar de difundido midiaticamente, em maiores investigações por alguns pesquisadores, um nexos de causalidade entre o estresse social advindo de discriminação contra essa população e o aumento de incidência de transtornos mentais - como ansiedade, depressão e ideação suicida - não foi ainda estabelecido. Essa ausência de causalidade comprovada entre discriminação e transtornos psiquiátricos não se dá por uma omissão da comunidade científica, ao contrário, a questão vem sendo estudada por psicólogos, psiquiatras e epidemiologistas há décadas e, no entanto, ainda não há dados que sustentem essa relação causal (MEYER, 2010, 2003; HEREK & GARNETS, 2007).

Em 2009, um cientista em medicina social da Universidade de Yale estudou populações de pessoas LGBT que vivem em cidades com ações governamentais protetivas nas instituições sociais, como leis contra bullying, liberação do casamento gay, entre outros, e comparou-as com grupos que vivem em estados americanos onde não existem leis ou políticas que protejam a população homossexual. O estudo conclui que as medidas protetivas ao comportamento homossexual tiveram mínimo ou nulo efeito sobre os quadros emocionais da população LGBT. Das mais de dez desordens psiquiátricas estudadas, só se viu melhora mínima em três delas. O estudo conclui que para a maioria das condições psiquiátricas investigadas, não houve correlação estatisticamente significativa entre as condições mentais da população LGBT e as políticas sociais protetivas que se acreditava que influenciariam os resultados de saúde mental (HATZENBUEHLER, 2009). A conclusão é apoiada em dezenas de outros estudos, como apresenta a revisão de Lawrence Mayer e Paul McHugh, de 2016. O artigo conclui que o modelo de stress social provavelmente contribui para alguns resultados ruins em saúde mental em minorias sexuais, porém evidências apoiando esse modelo são limitadas, inconsistentes e incompletas.

A conclusão inequívoca, que a produção científica no tema nos expõe, é que as medidas de políticas sociais e públicas atingem poucos efeitos significativos no alívio do sofrimento ou desconforto social que qualquer

indivíduo nãoheterossexual possa sofrer, isso mesmo em países com suposta maior abertura e aceitação a essas subpopulações, como os dos estudos acima (MAYER & MCHUGH, 2016).

Se o modelo de stress social não é a causa dos piores resultados em saúde mental da população LGBT, o que então poderia ser a razão de diferenças tão significativas? Ainda não se sabe. Há hipóteses em estudo, mas as profundas raízes desses índices elevados de transtornos mentais na população em questão são desconhecidas. Trabalhos nessa área apontam para diversos outros fatores, sendo que os principais abordam o modelo de stress proximal - que é uma dificuldade íntima de a própria pessoa aceitar a si mesma, pela dualidade entre sua percepção subjetiva de si e sua carga genética e fisiológica - e abordam também questões relacionadas a abuso infantil, seja sexual, emocional ou físico (LEA et al, 2013; NEWCOMB & MUSTANSKI, 2010; BRUBAKER et al, 2009; MEYER, 2010, 2003, 1995). Outra meta-análise conduzida nos EUA e Canadá por uma equipe de saúde comunitária e comportamental, abrangendo o período de 1990 a 2000, apontou entre os homossexuais taxas elevadas de abuso sexual na infância e na vida adulta, em comparação com a população não-homossexual. Com médias de episódios de abuso que variam de 12,1 a 43,4 maiores entre gays e lésbicas (FRIEDMAN et al, 2011). Por outro lado, pesquisas sistematicamente têm mostrado que sobreviventes de abuso sexual infantil sob risco significativo de uma ampla gama de transtornos médicos, psicológicos, comportamentais e sexuais.

Sejam quais forem as causas reais por trás dos elevados índices de transtornos psiquiátricos na população LGBT, vemos que diversas hipóteses foram aventadas e estão em estudo, e o que sabemos com clareza é que o estresse social traduzido pela discriminação que essas pessoas podem ter sofrido em grau maior ou menor ao longo de seu desenvolvimento não é a causa estabelecida de tais transtornos, como supõem ideólogos de gênero.

Haja vista o acima exposto, conclui-se que instituir a identidade de gênero na base nacional dos nossos currículos, com a intenção de conduzir crianças sem alterações de identidade sexual a se questionarem e entrarem em contato com um tema que não lhes era um problema de início é algo que não encontra justificativa alguma em argumentos embasados em discriminação.

A ideologia de gênero, que já não se sustenta em teoria, também não se sustenta na prática. As políticas públicas de inclusão falham em apresentar resultados efetivos, provavelmente porque os problemas emocionais dessa

minoria estão relacionados a questões muito mais profundas e íntimas, ainda não desvendadas pela ciência. Logo, a inclusão do gênero na BNCC, não apresentará qualquer melhora significativa do estado emocional e psíquico desse grupo populacional, mostrando-se uma ação falha na prática e infundada na ciência.

5. DA REDESIGNAÇÃO SEXUAL.

Ideologia de gênero levada às últimas consequências.

*“A teoria queer se propõe **não só a pensar a ambiguidade e a fluidez** das identidades sexuais e de gênero, mas também a **redefinir todas as relações de poder/saber** inerentes às nossas sociedades.”*

Guacira L. Louro

Se é pretendido introduzir problematizações de gênero nas escolas, é preciso olhar para onde esse caminho conduzirá.

Em países nos quais a ideologia de gênero foi instituída em políticas públicas e educacionais, vem sendo registrado um aumento espantoso de procura a clínicas especializadas em transtornos de identidade de gênero.

No Reino Unido, por exemplo, o jornal The Guardian anunciou um aumento de 28 vezes em oito anos no número de referências a uma clínica em Nottingham (de 30 em 2008 para 850 em 2015), 20 vezes em uma década em Exeter (de 31 em 2006 para 636 em 2016), oito vezes em Sheffield, e inacreditáveis cinco vezes em apenas um ano em Daventry. Os números seguem esse padrão ascensional em Tavistock, Leeds, Londres e em toda a nação (THE GUARDIAN, 2016). Também na Escócia o mesmo fenômeno está sendo observado. O jornal The Times publicou a matéria *“Enorme aumento em crianças confusas quanto ao gênero”*, na qual anuncia que em Glasgow os números quadruplicaram em três anos e até mesmo dobraram em apenas um ano, passando de 90 em 2014 para 178 referências em 2015 (THE TIMES & SUNDAY TIMES, 2017). O mesmo é reforçado pela matéria da BBC, *“Aumento nas referências por disforia de gênero na Escócia”* (BBC, 2017).

O periódico The New Zealand Medical Journal confirmou o aumento dos casos em clínicas especializadas em gênero na Nova Zelândia (DELAHUNT, 2016). Pediatras confirmam esse aumento em Indiana, EUA (CHEN et al, 2016). Psiquiatras publicam o mesmo efeito na Finlândia (KALTIALA-HEINO, 2015). Esse disparo na incidência de disforia de gênero é um acontecimento que se repete mundialmente onde quer que seja aplicada a ideologia. Onde quer que se tenha introduzido ideologia de gênero nas políticas públicas e educacionais o que se encontra não é uma redução da discriminação contra o indivíduo transgênero, mas, sim, um aumento nos

casos de crianças confusas quanto à própria dita identidade de gênero, isto após apreenderem um conceito que foi compelido sem qualquer base em comprovação científica. Está sendo-nos mostrado, portanto, que **ideologia de gênero patologiza as crianças**. E o que essas crianças, adolescentes e seus pais encontrarão nas clínicas especializadas em disforia de gênero quando buscarem respostas às questões íntimas que lhes serão inseridas artificialmente nas escolas, abordamos nos tópicos a seguir, expondo o que é realizado e quais são os resultados quando a ideologia de gênero é levada até as últimas consequências.

5.1. Terapia hormonal

*“O estatuto mimético que sustenta as representações do masculino e do feminino deve ser contestado, justamente porque a ilusão da representação é ela mesma força impulsionadora da significação do corpo. Quer dizer, **vamos pôr em suspenso a idéia de que existem representações sociais do masculino e do feminino**, e poderemos ver que estas “representações” são uma das estilizações obrigadas ao corpo, um conjunto de atos de fala que impulsionam uma marca ao corpo: **a marca de gênero**.”*

Dina Maria M. Ferreira

A Sociedade Americana de Endocrinologia propõe intervenções precoces quando diagnosticada disforia de gênero na infância, dentre as quais estão a supressão da puberdade (bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, interrompendo a maturação das gônadas) quando aparecem os primeiros sinais de desenvolvimento gonadal (estágio de Tanner 2, usualmente por volta dos 9-11 anos de idade), a administração de hormônios do sexo oposto a partir dos 16 anos de idade e cirurgias para extirpar de modo definitivo as gônadas e/ou útero (gonadectomia, histerectomia, salpingooforectomia) e alterar a anatomia dos órgãos sexuais (vaginoplastia, neofaloplastia) a partir dos 18 anos de idade (HEMBREE et al, 2017, 2009).

Usualmente tem-se justificado postergar a puberdade com afirmações de que esta intervenção é inócua, totalmente reversível e que possibilita fornecer mais tempo para o adolescente discernir o gênero com o qual se identifica (OLSON & GAROFALO, 2014). Em se tratando de disforia de gênero, no entanto, tais declarações são de cunho especulativo e experimental, não encontrando bases científicas sólidas até o momento, e isto

até os defensores dessa conduta admitem (SPACK et al, 2017; COSTA et al, 2016).

Apesar dessa autorização da Sociedade Americana de Endocrinologia, a supressão puberal aplicada para crianças com disforia de gênero não atingiu concordância entre os especialistas e continua levantando questionamentos entre pesquisadores mundialmente (VROUENRAETS et al, 2016, 2015; KORTE et al, 2015, 2008; HOUK & LEE, 2006; VINER et al, 2005).

No Brasil, essa prática também está longe de atingir consenso entre os endocrinologistas. O motivo é bastante simples. Postergar a puberdade é realmente uma intervenção bem conhecida, mas suas indicações se restringem a outro contexto específico: o de pacientes com distúrbios do desenvolvimento puberal, como a puberdade precoce e a baixa estatura, o que configura a supressão como tratamento de patologias orgânicas e funcionais, não uma mera opção a dar-se a partir do desejo subjetivo do paciente. Usualmente não se mantém a supressão além da idade de 12-13 anos, momento em que naturalmente se dá o seguimento fisiológico da puberdade (BRITO et al, 2016; ALLEN & CUTTLER, 2013). Muito antes, portanto, da marca genérica de 16 anos proposta para disforia de gênero. Logo, não há precedentes para se prever o efeito de tal intervenção para crianças com desenvolvimento puberal normal, fora portanto das indicações estabelecidas, e prorrogando para idade tão tardia, para além dos limites respeitados pela prática endocrinológica. Além disso, dentro de um contexto de tratamento médico, são as características intrínsecas ao próprio organismo da criança que estabelecem os fatores limitantes da terapêutica e não uma meta de idade fixa definida previamente para todos. Essas características do desenvolvimento individual são minuciosa e regularmente observadas em seguimento ambulatorial, como a velocidade de crescimento, o alvo estatural genético da criança e a idade óssea, orientando e estabelecendo as metas da terapia.

As consequências psicológicas também não foram ainda investigadas, são imprevisíveis e já eram motivo de preocupação para psicólogos mesmo para pacientes de tratamento habitual, nos quais a supressão é realizada até 12-13 anos (MAZUR & CLOPPER, 1991). Um motivo para suspeitas de um mau prognóstico psicossocial da intervenção é que o adolescente é levado a permanecer artificialmente até os 16 anos com corpo infantilizado, órgãos sexuais inclusos, enquanto os colegas da mesma idade já estão com o corpo amadurecendo sexualmente, não sendo possível estimar os efeitos disso sobre o comportamento social, emocional e escolar desses jovens.

Outra questão fundamental é quanto ao amadurecimento do sistema nervoso central, o qual se dá por volta dos 21-24 anos de idade, havendo assim muito ainda a ser definido a nível neurológico na idade dos 16 anos, como provavelmente as próprias áreas relacionadas à auto-imagem, à percepção corporal, à sexualidade e à identidade de gênero. Pesquisadores chegaram até mesmo a sugerir que a puberdade represente um segundo período organizacional para o desenvolvimento cerebral, tamanhas são as alterações neurológicas desse período fisiológico (MCEWEN & MILNER, 2017; HANSBERG-PASTOR et al, 2015; JURASKA et al, 2013; LANDOUCEUR, 2013; SISK & ZEHR, 2005; ROMEO et al, 2003). Em relação à atividade cognitiva, um estudo holandês comparou resultados do Teste Operacional de Londres (TOL), o qual avalia capacidade de executar tarefas simples, em jovens transgênero passando por supressão puberal, jovens transgênero sem supressão puberal e jovens sem disforia de gênero. Apesar de encontrar resultados gerais de performance similares, o estudo evidenciou menores notas de acurácia em transgêneros que fizeram transição de homem para mulher comparados aos grupos controles, além de os transgêneros submetidos a supressão terem apresentado menores pontuações de QI (STAPHORSIUS et al, 2015). Estudo norueguês, do departamento de neuropsiquiatria do Hospital da Universidade de Oslo, evidenciou em experiências com ovelhas que o GnRH é um modulador da função cognitiva no cérebro em desenvolvimento na puberdade (WOJNIUSZ et al, 2011).

Todos esses fatos levam forçosamente a questionar a referida inocuidade e reversibilidade da supressão hormonal nesses pacientes, além de evidenciarem que exigir uma resposta madura quanto à identidade de gênero de um jovem de 16 anos, quando se iniciam as intervenções hormonais irreversíveis de redesignação ao sexo oposto, as quais culminarão aos 18 anos na proposta cirúrgica definitiva, é requerer um posicionamento que o jovem não está sequer neurologicamente apto para oferecer ou mesmo considerar. O amadurecimento sexual da puberdade é um processo de profundas alterações neurológicas e psicológicas, não somente nos órgãos sexuais, e isso não pode ser simplesmente ignorado.

Nisso tudo sequer entramos no mérito de que os hormônios sexuais, além de estarem longe de ser meros determinantes de características externas, coordenam o amadurecimento do organismo inteiro, determinando o trofismo e o tônus da musculatura, o crescimento e a densidade ósseos, a composição e peso corporais, o metabolismo de gorduras, carboidratos e proteínas, o sistema cardiovascular, os tecidos epiteliais, enfim, do corpo todo integrado. Logo, os efeitos colaterais que podem advir da interferência no eixo neuroendócrino sexual são de ordem sistêmica e não apenas local, sendo a

mais contumaz e evidente a infertilidade, inevitável consequência da concretização da redesignação, mas não a única (BIRO & CHAN, 2017).

Por fim, um fator chave para compreender a questão hormonal nos é trazido ao observar o curso clínico natural da disforia de gênero na infância. O DSM-V declara que a persistência da disforia de gênero da infância até a adolescência ou fase adulta varia de 2,2 a 30% em meninos, e de 12 a 50% em meninas (APA, 2013). Isto significa que **a resolutividade da disforia de gênero se dá espontaneamente justamente durante e após a puberdade fisiológica para a maioria dos casos**, podendo chegar a atingir até taxas tão altas quanto 97,8% em meninos e 88% em meninas. Em contrapartida, para crianças com disforia de gênero que foram encaminhadas para clínicas especializadas, em que a supressão puberal foi realizada e o tratamento psicológico de redesignação sexual iniciado, virtualmente todas optam por concretizar as intervenções com hormônios do sexo oposto e cirurgias quando atingem a idade proposta para decisão (SPACK et al, 2017; HRUZ et al, 2017; DE VRIES et al, 2010). Frente às taxas de persistência apresentadas pelo DSM-V, cabe questionar quantos dos jovens que iniciaram a redesignação na infância teriam encontrado resolução espontânea identificando-se com o sexo biológico durante a puberdade se não tivessem sido conduzidos a intervenções tão precoces. Recordamos aqui as taxas crescentes dos encaminhamentos a centros especializados em redesignação sexual nos países que instituíram problematizações de gênero no sistema educacional, aumentando a confusão em crianças que originariamente não apresentavam dúvida alguma, e pode-se então aventar a gravidade do que está por vir. Fica claro, então, que o curso clínico da disforia de gênero na infância tem um prognóstico excelente, com a maioria dos casos encontrando resolução natural. Postergar a puberdade, um impulso fisiológico tão potente e autêntico, de efeitos tão vastos sobre os sistemas do organismo todo e que, além disso, é notoriamente resolutiva do distúrbio mesmo que se intenciona tratar ao retardá-la caracteriza, assim, não só um ato experimental temerário, mas absolutamente contraditório, ilógico e iatrogênico.

5.2. Intervenção cirúrgica

“...gênero é uma estilização do corpo. Não a anatomia, mas o discurso que se organiza em torno desta. No entanto, essa ressalva inicial em separar gênero e anatomia, e não aceitar sua identificação simples, é um esforço para não nos deixar cair na armadilha da naturalização do gênero, ou seja, na associação simétrica e constante entre determinadas características chamadas femininas e as mulheres, e as chamadas masculinas e os homens.”

Joana P. Pinto

A despeito das incertezas científicas, drásticas intervenções estão sendo prescritas e realizadas em pacientes que se autoidentificam ou são identificados como transgêneros. Em oposição à possíveis terapias que poderiam buscar conciliar a autoidentificação do indivíduo com seu sexo biológico, as quais estranhamente têm encontrado barreiras inclusive legais para serem sequer oferecidas, tem-se promovido uma abordagem de afirmação do gênero, ou *gender affirmative model*, para transtornos de identidade de gênero, com propostas se estendendo até mesmo para as crianças (HIDALGO et al, 2013). O manejo da disforia de gênero proposto envolve psicoterapia, hormonioterapia e cirurgia.

A cirurgia de redesignação de sexo (CRS) mutila um corpo saudável. O candidato à CRS pode acreditar que está preso no corpo do sexo errado e, para tal, requerer a cirurgia. Entretanto, essa crença é gerada por uma percepção desordenada de si mesmo, uma desarmonia entre o corpo e a autoimagem do indivíduo. Desta forma, consideramos como um erro categórico, pois oferece uma solução cirúrgica para problemas psicológicos. A CRS não cumpre com o que proclama, não muda de fato o sexo da pessoa, e desse ponto de vista, portanto, não traz real benefício. Além disso, é irreversível, oferecendo frequentemente apenas uma tentativa insatisfatória de mudar aquilo que poderia ser uma condição psicológica/psiquiátrica somente temporária.

A questão que aqui se faz pertinente é: deveria essa incongruência ser reconciliada através da mudança radical do corpo ou da abordagem no entendimento do indivíduo e sua autopercepção? Nos responde Alan Finch, homem de 35 anos, outrora conhecido como Helen, após ser submetido a CRS, da qual se arrependeu amargamente. Ele declara que o fato de alguém ser suicida e querer alguma coisa não é razão para que lhe seja dado, e questiona por que pessoas que desejam a CRS são tratadas diferentemente

dos demais pacientes que odeiam seus corpos. David Batty, autor do artigo que relata o drama de Finch e tantos outros, ilustra a questão com a seguinte analogia: prover cirurgia para alguém desesperado pela mudança de sexo é um tanto como oferecer lipoaspiração a um paciente anoréxico (THE GUARDIAN, 2004).

A “*cirurgia de redesignação de gênero*” refere-se a todo o conjunto de procedimentos cirúrgicos genitais, faciais e restante do corpo, necessários para criar uma aparência masculina ou feminina (SELVAGGI & BELLRINGER, 2011). Aqui, é possível mais uma vez notar a incoerência do pensamento daqueles que defendem essa terapia radical mutilante. Ainda que a ideologia de gênero tente desconstruir o que se refere como conceito binário de sexo (homem e mulher), a proposta que ela mesma oferece para o tratamento da disforia de gênero busca, intrinsecamente, restabelecer essa ordem natural. O erro é que o faz às avessas.

Abaixo estão listados resumidamente os procedimentos a que estes pacientes são submetidos para a redesignação sexual. Deve-se ter em mente que, além da complexidade dos procedimentos e suas significativas taxas de complicação, longo tempo de internação, necessidade de múltiplas reintervenções, as técnicas atuais ainda deixam a desejar quanto ao resultado estético e funcional. Além disso, o próprio paciente, ainda insatisfeito com sua autoimagem devido a fatores outros que não só o corpo físico agora mutilado mas já antes de origem psicológica/psiquiátrica, demanda retoques incontáveis, depositando as esperanças sempre no próximo procedimento e buscando a satisfação através um resultado estético na prática inalcalçável.

Os procedimentos cirúrgicos para a **transição homem para mulher (HpM)** podem incluir, entre outros:

- *Orquiectomia bilateral (remoção de ambos os testículos);*
- *Penectomia (remoção do pênis);*
- *Labioplastia, clitoroplastia e vaginoplastia para construir a nova vagina, frequentemente com uso do tecido da própria bolsa escrotal;*
- *Uretrostomia para reposicionar a saída da uretra e permitir a micção;*

- *Mamoplastia para aumento das mamas com uso de próteses;*
- *Cirurgia da laringe, nas cordas vocais para agudizar a voz e na cartilagem tireóidea para reduzir a proeminência (pomo-de-adão). Independentemente da técnica utilizada, a fonoterapia se faz necessária para tentar alcançar um resultado satisfatório.*
- *Feminização facial com abordagens cirúrgicas em nariz, mandíbula, queixo e até sobrancelhas, lipoaspiração e implante capilar. Podem ser necessários outros procedimentos complementares como preenchimentos e uso de toxina botulínica.*

Os procedimentos para a **transição mulher para homem (MpH)** podem incluir, entre outros:

- *Na maioria dos casos, a hormonioterapia com testosterona já promove alterações vocais e capilares com padrão masculino. Mulheres com gene para calvície evoluem com alopecia (queda do cabelo).*
- *Mastectomia (remoção das mamas). Em geral, retoques são necessários para obter resultado satisfatório, como por exemplo devido a dificuldades a depender do tamanho das mamas e o reposicionamento do complexo aréolo-papilar (mamilos);*
- *Histerectomia total (remoção do útero). Necessária também pelo risco aumentado de câncer de endométrio pela terapia hormonal.*
- *Ooforectomia bilateral (remoção dos ovários) para castração cirúrgica e conseguinte entrada imediata na menopausa.*
- *Vaginectomia para remoção da pequena vagina em fundo cego pode ou não ser realizada.*
- *Metoidioplastia (construção de um novo pênis a partir do clitóris) é menos complexa que a faloplastia, porém, os*

novos órgãos artificiais são pequenos e não satisfazem funcionalmente a demanda do paciente, como possibilitar penetração sexual e urinar em pé;

- *Faloplastia (construção de um novo pênis a partir de retalhos de outras áreas do corpo doadoras) e neouretra (confeção de uma nova uretra mais longa). Em geral, permite urinar em pé e melhor resultado estético comparado à metoidioplastia. Contudo, apresenta alta taxa de complicações, as mais comuns sendo fístula da neouretra, estenose da neouretra, incontinência urinária. Rotineiramente requer múltiplas reintervenções.*
- *Neoscroto (construção de uma nova bolsa escrotal com retalhos);*
- *Próteses de testículo para preencher a bolsa escrotal;*
- *Prótese peniana inflável para mimetizar a ereção;*
- *Tatuagem para mimetizar a glândula.*

Embora alguns estudos mostrem melhora dos resultados psicológicos e psiquiátricos após redesignação com tratamento hormonal e/ou cirúrgico, outros reportam arrependimento. Há muitas limitações para estes estudos, sendo a evidência usada para embasar a CRS muito pobre. Entre as dificuldades está que o transexualismo é um evento raro e a maioria dos estudos têm uma amostra muito pequena, pouco significativa estatisticamente, além de curto tempo de seguimento dos pacientes para avaliar os efeitos. Além disso, muitos transexuais recusam participar dos estudos com acompanhamento, alguns são realocados de grupos após realizarem cirurgia, resultando em uma alta taxa de desistência e, conseqüentemente, um viés de seleção.

Um estudo na Suécia foi o primeiro com abrangência populacional nacional e com seguimento de longo prazo dos pacientes submetidos a redesignação sexual (1973 a 2003). Esta coorte analisou mortalidade, morbidade e integração social expressada com comportamento criminoso após redesignação sexual. Uma população controle foi selecionada randomicamente e emparelhada ao grupo de estudo quanto à idade e o sexo (tanto do nascimento quanto após a CRS, separadamente), tendo sido ajustadas previamente variáveis como comorbidades psiquiátricas prévias e

status de imigrante nos dois grupos. O grupo pós-CSR apresentou risco três vezes maior de morte por todas as causas e **risco três vezes maior de internações por causas psiquiátricas**. Um dos dados mais alarmantes foi o risco de **morte por suicídio 19,1 vezes maior** do que no grupo controle, e o risco de tentativa de suicídio, também 4,9 vezes maior. Indivíduos transgêneros HpM (homem-para-mulher) apresentaram aumento significativo na criminalidade em relação às mulheres do grupo controle, mas não em relação aos homens, indicando que eles mantem o seu padrão masculino inicial quanto à criminalidade. Já transgêneros MpH (mulher-para-homem), ao contrário, tiveram maiores taxas de criminalidade em relação às mulheres do grupo controle e não apresentaram diferenças em relação aos homens, indicando uma mudança para o padrão criminal masculino e uma ligação entre a redesignação sexual e o aumento da taxa de criminalidade nesse grupo (2011 DHEJNE et al, 2011) .

Ademais, o conjunto de proposições da ideologia de gênero é tão inconsistente que mostra-se incoerente em si mesmo. Um de seus argumentos, falacioso, é que a identidade de gênero tem como características a mutabilidade, a performatividade, a plasticidade e até mesmo a reinvenção do gênero com o qual a pessoa se identifica. Ora, se uma característica humana carrega tamanha maleabilidade, propor drásticas e permanentes intervenções para redeterminá-la não tem sentido algum. Nessa linha de raciocínio, as mesmas questões experienciais e performáticas que levaram o indivíduo a optar por um gênero oposto ao seu sexo biológico poderiam conduzi-lo a mudar ainda uma ou inúmeras vezes após a primeira transsexualização.

Haja vista o acima exposto, não restam dúvidas de que a CRS destrói órgãos sexuais de corpos saudáveis, cria esterelidade permanente e acarreta outros sérios riscos de saúde.

A CRS não pode mudar o sexo do indivíduo, apenas criar a ilusão de mudança. Não trata o transtorno de identidade sexual, submete-se a ele.

6. DA ORIGEM DO GÊNERO.

***Breve histórico científico
do conceito “identidade de gênero”:
o desastroso experimento que serviu
ao mesmo tempo de berço
e sepultura para a ideologia de gênero.***

Relatamos aqui o primeiro e emblemático caso ao qual foi aplicada a ideologia de gênero, um caso que não só foi o berço do termo “gênero”, mas também o sepultamento de toda a ideologia que dele porviria. O sexólogo que cunhou o termo, Dr. John Money, da Universidade Johns Hopkins, tinha interesse em gramática, era um entusiasta dos novos formatos de palavras que estavam surgindo no jargão da psicologia na década de 50 (MONEY, 1955). Foi especialista em transtornos do desenvolvimento sexual, à época chamados de “*intersexo*”, ou antes ainda “*hermafroditas*”. É importante notar que essa categoria de pacientes nunca constituiu um terceiro sexo. A sexualidade humana é um traço binário objetivo, como demonstrado no item dois deste trabalho. No entanto, foi sobre dados colhidos dessa população específica, rara - prevalência estimada em 1 a cada 4.000 neonatos (0,00025%) (HARRISON'S, 2012) - e parcialmente indeterminada quanto ao sexo, que Money desenvolveu sua teoria da neutralidade psicosexual ao nascimento. Postulou a existência de uma autoidentificação sexual independente do sexo biológico em todas as crianças, a identidade de gênero. Acreditava que para fazer com que uma criança se identificasse com um determinado gênero eram necessárias apenas a construção de uma genitália sexualmente típica e a criação de um ambiente apropriado ao gênero escolhido (TELLES-SILVEIRA et al, 2015).

Cientificamente, essa hipótese jamais sairia do papel para ser aplicada a casos de crianças que não tivessem as malformações congênitas de intersexo. A oportunidade de testá-la apareceu quando lhe foi apresentado o caso de um menino que teve o pênis carbonizado aos 7 meses de idade por acidente com eletrocautério durante procedimento de postectomia, sendo que o menino apresentava ainda um irmão gêmeo, o qual serviria de controle. O menino foi submetido aos protocolos de redesignação sexual e criado pelos pais como menina, contudo, apresentou durante a infância inteira um comportamento masculino, além de uma adaptabilidade social disfuncional. O experimento foi conduzido durante 13 anos e mostrou-se um desastre, culminando na adultez com o suicídio do rapaz e com a morte de seu irmão gêmeo por overdose (GUIMARÃES & BARBOZA, 2014). Entretanto, ainda em 1975,

quando o menino então com 9 anos, já apresentava transtornos psiquiátricos, o caso foi publicado como um sucesso terapêutico (MONEY, 1975), tornou-se conhecido como o caso “*John/Joan*” e Money ficou conhecido como um inovador na sexologia e uma autoridade no tema de gênero. Suas hipóteses foram validadas como verdadeiras embasadas por essa publicação falaciosa, e os efeitos se ramificaram alcançando ambulatorios no mundo inteiro, os quais adotaram protocolos semelhantes aos da Universidade Johns Hopkins para as crianças sexualmente determinadas ao nascer e que apresentassem lesões irreversíveis dos órgãos. Suspeitas quanto à validade dessa conduta não tardaram a surgir, o que ocasionou extensa e persistente publicação, contemporânea ao caso, de artigos contra-argumentando os resultados relatados (DIAMOND et al 1979, 1976, 1968, 1965; ZUGER et al, 1975, 1970; GADPAILLE et al, 1980; IMPERATO-MCGINLEY et al, 1979, 1976, 1974).

Apenas em 1997, quando o psiquiatra Milton Diamond publicou uma revisão com as reais implicações clínicas do caso, a falsidade dos resultados foi exposta, sendo um choque para a comunidade científica (DIAMOND & SIGMUNDSON, 1997). As consequências foram imediatas. Em 1998, a Academia Americana de Pediatria (AAP) realizou dentro das conferências anuais uma palestra plenária na qual refutou a idéia de neutralidade psicosexual no nascimento e reforçou a teoria de organização pré-natal dos componentes sexuais e sua subsequente ativação (DIAMOND, 2011). Em 1999, ocorreu uma conferência nacional nos EUA chamada “*Designação de Gênero na Pediatria - uma Reavaliação Crítica*” expondo as mesmas conclusões (ZDERIG et al, 2002). E foi apenas no ano 2000, com o jornalista John Colapinto e a realização de documentário pela BBC, que o caso foi desmascarado para o público leigo (COLAPINTO, 2000; HORIZON BBC, 2000). Desde então, a idéia de que uma criança é sexualmente neutra ou indiferenciada ao nascer desfez-se totalmente. Na ocasião, uma pesquisa de opinião realizada com urologistas pediátricos mostrou a rápida mudança, o que impactou fortemente a conduta cirúrgica desde então. Passou-se a primar por um diagnóstico minucioso do sexo biológico da criança que nasce com genitália ambígua antes de se decidir realizar qualquer tipo de intervenção, e não se aventou mais a possibilidade de redesignar o sexo de crianças que nascem sexualmente definidas, ainda que venham a apresentar lesões dos órgãos genitais (RAVEENTHIRAN, 2017).

Outros casos surgiram ao conhecimento público na sequência. Em 1997, o psiquiatra Dr. Trond Diseth apresentou um caso similar de incongruência da aplicação prática das hipóteses da ideologia de gênero, o caso de “*Viktor/Viktoria*”, do Hospital da Universidade de Oslo, na Noruega, o qual havia adotado os protocolos Johns Hopkins (DISETH, 1997). Embora tenha

apresentado apenas um relato de caso, Diseth declarou em documentário ter acompanhado diversos pacientes no mesmo serviço submetidos a essa conduta, encontrando graves transtornos psiquiátricos em todos, inclusive suicídios consumados (EIA, 2010). Outro estudo realizado na Universidade Johns Hopkins e publicado em 2004, no *New England Journal of Medicine*, relatou o acompanhamento, durante três a oito anos, de 16 meninos que passaram por redesignação sexual devido a apresentarem persistência da cloaca (uma malformação congênita que compromete a anatomia pélvica extensamente). Na última avaliação do estudo, dos 16 meninos acompanhados, a maioria espontaneamente passou a identificar-se como pertencente ao sexo masculino. Apenas cinco identificavam-se ainda como meninas, sendo que estavam na fase pré-puberal e puberal, portanto, em desenvolvimento da identidade. Destes cinco, apenas um não tinha manifestado durante a infância o forte desejo de ser menino, e todos, invariavelmente, apresentavam comportamentos e interesses tipicamente masculinos (REINER & GEARHART, 2004).

Não é possível calcular o número de crianças que foram submetidas a situações semelhantes durante as quase três décadas em que acreditou-se serem verdadeiras as hipóteses de Money quanto ao gênero. Portanto, as idéias que se pretende introduzir na educação brasileira, ainda hoje defendidas pelos ideólogos de gênero, estão absolutamente sepultadas no meio científico há pelo menos 20 anos. Elas só não foram abandonadas há ainda mais tempo, há 40 anos (desde 1975, quando publicado o caso mesmo que as originou), em razão do impacto midiático e social da divulgação equivocada e parcial dos resultados manipulados de um experimento já na época mal sucedido, o qual intencionava unicamente forçar que a teoria da neutralidade se tornasse uma verdade. Questões de identidade de gênero formam, assim, uma ideologia não só sem base científica, mas que encontra seu término no mesmo caso que lhe dá origem. Se atualmente a ideologia de gênero não está sendo apresentada pelos estudiosos do tema como impraticável e ultrapassada, isto se dá por omissão indefensável de informações, pois os dados que expõem toda sua história, desde a origem até as suas trágicas conseqüências, são bem documentados e públicos.

CONCLUSÃO

Vimos aqui o que é o sexo biológico e a identidade sexual subjetiva que o segue intrínseca e naturalmente. Vimos que não são realidades desconexas e independentes, mas profundamente articuladas, estruturadas e coerentes. Vimos ainda que essas realidades já estão dadas ao nascimento, constituindo uma evidência que o corpo traz em si desde a vida intrauterina, determinação inata quanto ao sexo, a qual por sua vez determinará ao longo do desenvolvimento da criança a identidade de gênero.

Desfizemos o equívoco popular de se associar prematuramente a discriminação sofrida por pessoas que apresentam transtornos de identidade de gênero como as taxas elevadas de comorbidades psiquiátricas que os mesmos apresentam. Demonstramos que cientificamente a discriminação não é a causa estabelecida desses distúrbios, fato este que sugere que a realidade psíquica dessa população é muito mais complexa do que se conhece até o presente momento, sendo necessários ainda estudos a respeito dos outros distúrbios psiquiátricos que acompanham o curso clínico dos transtornos de identidade de gênero.

Expusemos as consequências imediatas e tardias da inserção precoce infundada da ideologia de gênero nos currículos escolares. Entre as imediatas, mostramos a crescente patologização de crianças nos países que nos precederam nesse ato e a tendência de clínicas direcionadas ao gênero, apesar da inexistência de consenso entre os especialistas, em postergar a puberdade, a qual é o principal fator resolutivo da disforia de gênero em crianças.

Entre as consequências tardias, apontamos a radicalidade da intervenção cirúrgica, e as elevadas taxas de arrependimento irremediável, depressão e suicídio dos que concretizam esse caminho.

Encerramos com a descrição histórica do caso que deu origem ao conceito “*identidade de gênero*”: o experimento desastroso de John Money e a ampla divulgação midiática que se seguiu à sua publicação falaciosa, a qual levou mais de 20 anos para ser desmascarada, quando seus erros já haviam sido gravemente difundidos na sociedade. Ainda assim, tão logo a fraude foi exposta, seguiu-se o imediato sepultamento da hipótese da neutralidade em todo o campo médico-científico, com repercussões nas condutas médicas para com populações intersexo e portadora de transtornos sexuais. Passou-se a ter maior cautela ao propor e efetivar a redesignação sexual.

Todos esses estudos, argumentos de especialistas e comentários mostram explicitamente quais foram as reais consequências da instituição da ideologia de gênero na sociedade. Se vemos hoje seu ressurgimento a nível mundial, a reação que esse fato exige não é abraçá-la cegamente como uma inócua ou até benevolente inovação internacional, adotando-a apressadamente em nossas políticas educacionais e modelando nossas crianças segundo idéias estrangeiras que carecem ainda de comprovação científica, como se faria com cobais em experimentos de laboratório. A reação que esse ressurgimento mundial exige é que nós questionemos o porquê de algo que já se revelou tão longa, extensa e comprovadamente errôneo e catastrófico estar apresentando um renascimento tão contundente e tão insistente pelas organizações internacionais.

Seja qual for a resposta encontrada buscando-se exaurir essa questão, o que se sabe com todo o rigor e com toda a certeza científica é que ideologia de gênero não tem a mínima força para ser tomada como evidência e, portanto, para que seja ensinada em nível nacional para crianças e adolescentes das escolas da rede pública e privada, como pretende fazer o MEC com a implementação da BNCC contendo em seu texto ainda tantas referências à identidade de gênero.

Pedimos encarecidamente que não façam de nossa educação o experimento científico que falta na busca dessa evidência ilusória. Nossas escolas não são laboratórios, nossas crianças não são cobaias. Se a ideologia de gênero fosse hoje uma idéia inovadora, ao menos se deveria levar a questão para o ponto embrionário de qualquer nova idéia, o da deficiência completa de dados científicos. A comunidade médica e científica inteira estaria aberta aos seus questionamentos, e sairia em busca, junto com os senhores, de respostas que ainda nos faltassem, como o tem feito desde os princípios do método científico. Estudar-se-iam estas questões no local onde devem ser estudadas, e dentro da ética que permeia mundialmente todo o meio acadêmico científico, pois é princípio básico, mínimo, do método científico e, portanto, de todo o conhecimento construído por nossa civilização ocidental, que não se passa para a aplicação prática, quer seja clínica, quer seja social, aquilo que sequer saiu do campo da hipótese e da análise de dados.

No entanto, ideologia de gênero não é hoje uma idéia inovadora. É um conceito muito bem conhecido, que teve caminhos dolorosamente percorridos, à custa de danos psíquicos irreversíveis a muitos, de uma efetiva e incontável perda de vidas, com o sofrimento massivo de pacientes que culminou com inúmeros suicídios. Conhecendo toda a história das hipóteses da ideologia de gênero, suas abundantes refutações e suas consequências

concretas, buscar ainda assim obstinadamente aplicá-la torna-se um ato preocupantemente irresponsável, danoso até mesmo para a parcela da população que acreditava que beneficiar-se-ia dela.

Por todas estas razões, firmado o convencimento deste respeitável Ministério na pessoa do Excelentíssimo Senhor Mendonça Filho Ministro da Educação, primordialmente comprometido com a Educação do Brasil, e confiante em que o discernimento próprio da exigência de sua competência prevalecerá sobre qualquer pressão contrária à defesa de uma Educação idônea para os brasileiros, espera a requerente atendimento ao seu apelo, por questão de respeito aos cidadãos e às famílias, de zelo pelos interesses e futuro da nação.

Respeitosamente,

REFERÊNCIAS

Allen, D. B., & Cuttler, L. (2013). Short Stature in Childhood — Challenges and Choices. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1220–28.

Alvaro Pascual-Leone, Amir Amedi, Felipe Fregni, & Lotfi B. Merabet. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Reviews Neuroscience*, 28, 377–401.

Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Knickmeyer, R., Taylor, K., Hackett, G., & Hines, M. (2009). Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys. *Psychological Science*, 20(2), 144–48.

Balthazart, J., & Court, L. (2017). Human sexual orientation: the importance of evidentiary convergence. *Archives of Sexual Behavior*, 46(6), 1595–600.

Bandeirantes, A. (2013). A diferenciação do cérebro masculino e feminino. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 35(2), 45–48.

Bao, A. M., & Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 214–26.

BBC Horizon producers. (2000). The boy who was turned into a girl. *Science & Nature: TV & Radio Follow-Up, Horizon, BBC*, London, UK.

- Biro, F. M., & Chan, Y.-M. (2017). Normal Puberty. *UpToDate*, 6–11.
- Bocklandt, S., Horvath, S., Vilain, E., & Hamer, D. H. (2006). Extreme skewing of X chromosome inactivation in mothers of homosexual men. *Human Genetics*, *118*(6), 691–94.
- Bramble, M. S., Lipson, A., Vashist, N., & Vilain, E. (2017). Effects of chromosomal sex and hormonal influences on shaping sex differences in brain and behavior: lessons from cases of disorders of sex development. *Journal of Neuroscience Research*, *95*(1-2), 65–74.
- Brito, V. N., Spinola-Castro, A. M., Kochi, C., Kopacek, C., Silva, P. C. A. da, & Guerra-Júnior, G. (2016). Central precocious puberty: revisiting the diagnosis and therapeutic management. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, *60*(2), 163–72.
- Brubaker, M. D., Garrett, M. T., & Dew, Brian, J. (2009). Examining the relationship between internalized heterosexism and substance abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals: a critical review. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *3*, 62–89.
- Cecilia Dhejne *et al.*, “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden,” *PLOS ONE* *6*, no. 2 (2011): e16885.
- Christiansen, L., Frederiksen, H., Schousboe, K., Skytthe, A., von Wurmb-Schwark, N., Christensen, K., ... Pollaers, V. (2013). Australian Twin Registry: 30 years of progress. *Journal of Bisexuality*, *26*(1), 6–7.
- Cochran, S. D., Mays, V. M., & Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(1), 53–61.
- Cohen-Bendahan, C. C. C., Buitelaar, J. K., Van Goozen, S. H. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2004).
- Prenatal exposure to testosterone and functional cerebral lateralization: A study in same-sex and opposite-sex twin girls. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(7), 911–16.

Colapinto, J. (2000). *As nature made him - the boy who was raised as a girl*. 1st edition, Harpercollins, London, UK.

Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology*, 13(8), 456–62.

David Batty, “Mistaken identity,” *The Guardian*, July 30, 2004, <http://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

Dattani, M. T., Hindermarsh, P. C. & Fisher, D. A. (2011). Chapter 22 - Endocrinology of Fetal Development. In: Chapter Kronenberg, H. M., Larsen, P. R., Melmed, S., Polonsky, K. S. Williams - Textbook of Endocrinology. *Elsevier Saunders*, 12th Edition, (IV) 833-867.

De Cuypere, G. Van Hemellrick, M., Michael, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P., Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 2007, 22(3), 137-41.

De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–83.

DeLacoste-Utamsing, C., & Holloway, R. L. (1982). Sexual dimorphism in the human corpus callosum. *Science*, 216(4553), 1431–32.

Delahunt, J. W., Denison, H. J., Kennedy, J., Hilton, J., Young, H., Chaudhri, O. B., & Elston, M. S. (2016). Specialist services for management of individuals identifying as transgender in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 129(1434), 49–58.

Diamond, M. (2011). Developmental, sexual and reproductive neuroendocrinology: Historical, clinical and ethical considerations. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 255–63.

Diamond, M., & Sigmundson, K. H. (1997). Sex reassignment at birth: a long term review and clinical implications. *Pediatrics and Adolescent Medicine*, 298(151), 1–10.

Diamond, M. (1979). Sexual identify and sex roles. In: Bullough, V. The

frontiers of sex research. *Prometheus*, Buffalo, pp. 33-54.

Diamond, M. (1976). Human sexual development: biological foundations for sexual development. In: Beach, F. Human sexuality in four perspectives. *Johns Hopkins University Press*, Baltimor, pp. 22-61.

Diamond, M. (1968). Genetic-endocrine interactions and human psuchosexuality. In: Diamond, M. Perspectives in reproduction and sexual behavior. University of Indiana Press, Bloomington.

Diamond, M. (1965). A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior. *The Quarterly Review of Biology*, 40, 147-75.

Diseth, T. H. (2008). Children born with ambiguos genitalia. *Journal of the Norwegian Medical Association*, 5(128), 576–80.

Diseth, T. H. (2014). Født sånn eller blitt sånn: kjønn og kjønnsforstyrrelser hos barn og unge. Retrieved May 10, 2017, from [http://legeforeningen.no/PageFiles/194611/Presentasjon Trond H. Diseth.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/194611/Presentasjon%20Trond%20H.%20Diseth.pdf)

Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Poteat, V. P., Reisner, S. L., & Schuster, M. A. (2016). Bullying among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 999–1010.

Eia, H. (2010). Hjernevask (Brainwash). Episode 7, *TV-Program Documentary, Norwegian Broadcasting Corporation's (NRK1)*, Noway.

Ehrhardt, a a, & Meyer-Bahlburg, H. F. (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science*, 211(4488), 1312–18.

Fitzgibbons, R. P., Sutton, P. M. & O'Leary, D. (2009). The Psychopathology of “Sex Reassignment” Surgery: Assessing Its Medical Psychological, and Ethical Appropriateness. *National Catholic Bioethics Quarterly*; 9(1): 97-125.

Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1481–94.

Gadpaille, W. J. (1980). Biological factors in the development of human sexual identity. *Psychiatry Clinics of North America*, 3(1), 3-20.

Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2009). Sexual hormones and the brain: An essential alliance for sexual identity and sexual orientation. *Pediatric Neuroendocrinology*, 17, 22–35.

Gelaye, B., Rondon, M., Araya, P. R., & A, P. M. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–71.

Grella, C. E., Greenwell, L., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry*, 9(1), 52.

Guimarães, A., & Barboza, H. H. (2014). Designação sexual em crianças intersexo: uma breve análise dos casos de “genitália ambígua”. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2177–86.

Gur, R. C., & Gur, R. E. (2017). Complementarity of sex differences in brain and behavior: From laterality to multimodal neuroimaging. *Journal of Neuroscience Research*, 95, 189–99.

Grumbach, M. M. (1979). Genetic mechanisms of sexual development. In: Vallet, H. L. & Porter, I. H. Genetic mechanisms of sexual development. *Academic Press*, New York, pp. 33-74

Habener, J. F. (2011). Chapter 3 - Genetic Control of Peptide Hormone Formation. In: Chapter Kronenberg, H. M., Larsen, P. R., Melmed, S., Polonsky, K. S. Williams - Textbook of Endocrinology. *Elsevier Saunders*, 12th Edition, (I) 30-50.

Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261(5119), 321–27.

Hansberg-Pastor, V., González-Arenas, A., Piña-Medina, A. G., & Camacho-Arroyo, I. (2015). Sex hormones regulate cytoskeletal proteins involved in brain plasticity. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 1–12.

Hatzenbuehler, M. L. (2009). Psychological mediation framework.

Psychological Bulletin, 135(5), 707–30.

Hausmann, M. (2017). Why sex hormones matter for neuroscience: A very short review on sex, sex hormones, and functional brain asymmetries. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 40–49.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society* clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 1–35.

Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353–75.

Hines, M., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2003). Psychological outcomes and gender-related development in complete androgen insensitivity syndrome. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 93–101.

Hines, M., Golombok, S., Rust, J., Johnston, K. J., & Golding, J. (2002). Testosterone during pregnancy and gender role behavior of preschool children: a longitudinal, population study. *Child Development*, 73(6), 1678–87.

Hines, M., Pasterski, V., Spencer, D., Neufeld, S., Patalay, P., Hindmarsh, P. C., ... Acerini, C. L. (2015). Prenatal androgen exposure alters girls' responses to information indicating gender appropriate behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371, 1–10.

Houk, C. P., & Lee, P. A. (2006). The diagnosis and care of transsexual children and adolescents: a pediatric endocrinologists' perspective. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 19(2), 103–09.

Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression Among Transgender Older Adults: General and Minority Stress. *American Journal of Community Psychology*, 59, 295–305.

Hruz, P. W., Mayer, L. S., & Mchugh, P. R. (2017). Growing pains: problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, 52, 3–36.

Hu, S., Pattatucci, A. M., Patterson, C., Li, L., Fulker, D. W., Cherny, S. S., ... Hamer, D. H. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature Genetics*, *11*(3), 248–56.

Huebner, D. M., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, *94*(7), 1200–03.

Ibrahim, C., Haddad, R., & Richa, S. (2016). Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de transgenres libanais. *L'Encéphale*, *42*, 517–22.

Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T., and Sturia, E. (1979). Androgen and evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5 α -reductase deficiency. *New England Journal of Medicine*, *300*, 1233-37.

Imperato-McGinley, J. & Peterson, R. E. (1976). Male pseudohermaphroditism: the complexities of male phenotypic development. *The American Journal of Medicine*, *61*, 251-72.

Imperato-McGinley, J., Guerrero, L., and Gautier, T. (1974). Steroid 5 α -reductase deficiency in man: an inherited form of pseudohermaphroditism. *Science*, *186*, 1213-15.

Junqueira, R. D. (Org. . (2009). *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Secad/MEC.

Juraska, J. M., Sisk, C. L., & DonCarlos, L. L. (2013). Sexual differentiation of the adolescent rodent brain: hormonal influences and developmental mechanisms. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 203–10.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(1), 9.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 70.

Korte, A. (2016). Geschlechtsdysphorie und Störungen der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen. *Frauenheilkunde Update*, 10(2), 163–82.

Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., & Beier, K. M. (2008). Gender identity disorders in childhood and adolescence. *Deutsches Aerzteblatt International*, 105(48), 834–41.

Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - 5. American Psychiatric Association (APA) Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)* (5th ed.). Artmed Editora Ltda.

Lachowsky, N. J., Dulai, J. J. S., Cui, Z., Sereda, P., Rich, A., Patterson, T. L., ... Moore, D. M. (2017). Lifetime doctor-diagnosed mental health conditions and current substance use among gay and bisexual men living in Vancouver, Canada. *Substance Use & Misuse*, 52(6), 785–97.

Ladouceur, C. D., Peper, J. S., Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). White matter development in adolescence: the influence of puberty and implications for affective disorders. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(1), 36–54.

Lea, T., de Wit, J., & Reynolds, R. (2014). Minority Stress in Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults in Australia: Associations with Psychological Distress, Suicidality, and Substance Use. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1571–78.

LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253(5023), 1034–37.

Lombardo, M. V., Ashwin, E., Auyeung, B., Chakrabarti, B., Taylor, K., Hackett, G., ... Baron-Cohen, S. (2012 a). Fetal testosterone influences sexually dimorphic gray matter in the human brain. *The Journal of Neuroscience*, 32(2), 674–80.

Lombardo, M. V., Ashwin, E., Auyeung, B., Chakrabarti, B., Lai, M. C., Taylor, K., ... Baron-Cohen, S. (2012 b). Fetal programming effects of testosterone on the reward system and behavioral approach tendencies in humans. *Biological Psychiatry*, 72(10), 839–47.

Lyons, K. (2016). Gender identity clinic services under strain as referral rates soar. *The Guardian*, p. <https://www.theguardian.com/society/2016/jul/10/tr>.

Marco A. Hidalgo *et al.*, “The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn,” *Human Development* 56 (2013): 285 – 290.

Mayer, L. S., & McHugh, P. R. (2016). Sexuality and gender: findings from the biological, psychological and social sciences. *The New Atlantis*, 50, 1–143.

Mazur, T., & Clopper, R. R. (1991). Pubertal disorders: psychology and clinical management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 20(1), 211–30.

McEwen, B. S., & Milner, T. A. (2017). Understanding the broad influence of sex hormones and sex differences in the brain. *Journal of Neuroscience Research*, 95, 24–39.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–97.

Meyer, I. H. (2010). The right comparisons in testing the minority stress hypothesis: comment on Savin-Williams, Cohen, Joyner, and Rieger (2010). *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1217–19.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104.

Meyer-Bahlburg H.F.L. Dolezal C. Baker S.W. New M.I. et al. (2008). Sexual orientation in women with classical or not-classical congenital adrenal hyperplasia as a function of degree prenatal androgene excess. *Archives of Sexual Behavior*, 37(1), 85–99.

Money, J. (1955). Linguistic resources and psychodynamic theory. *The British Journal of Medical Psychology*, 28(4), 264–66.

Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behavior*, 4(1), 65–71.

Nassif, L. E. (2005). Resenha: tábula rasa: a negação contemporânea da natureza humana. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 21(3), 375–76.

Negri-Cesi, P., Colciago, A., Celotti, F., & Motta, M. (2004). Sexual differentiation of the brain: role of testosterone and its active metabolites. *Journal of Endocrinological Investigation*, 27(6), 120–27.

Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–29.

Ngun, T. C., Ghahramani, N., Sánchez, F. J., Bocklandt, S., & Vilain, E. (2011). The genetics of sex differences in brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 227–46.

Ngun, T. C., & Vilain, E. (2014). *The biological basis of human sexual orientation: is there a role for epigenetics?* *Advances in Genetics* (Vol. 86). Elsevier.

Olson, J., & Garofalo, R. (2014). The Peripuberal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatric Annals*, 43(6), 132–37.

Pal, C., Habibi, P., Davie, M., & Kaiser, A. M. (2005). Sex on the brain: dilemmas in the endocrine management of children and adolescents with gender identity disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 90(Suppl II), A78.

Pasterski, V. L., Geffner, M. E., Brain, C., Hindmarsh, P., Brook, C., & Hines, M. (2005). Prenatal hormones and postnatal socialization by parents as determinants of male-typical toy play in girls with congenital adrenal hyperplasia. *Child Development*, 76(1), 264–78.

Pelullo, C. P., Di Giuseppe, G., & Angelillo, I. F. (2013). Frequency of discrimination, harassment, and violence in lesbian, gay men, and bisexual in Italy. *PLoS ONE*, 8(8), 1–6.

People, Y., Service, G., Alliance, S. T., People, T. Y., Service, G., Glasgow, N. H. S. G., & Scotland, T. T. (2017). Rise in child gender distress referrals in Scotland. *BBC News*, pp. 1–7.

Peper, J. S., & Koolschijn, P. C. M. P. (2012). Sex steroids and the organization of the human brain. *Journal of Neuroscience*, *32*(20), 6745–46.

Pinker, S. (2003). Chapter 3, The Last Wall too Fall; Chapter 5, The Slate's Last Stand. In: *The Blank Slate: the modern denial of human nature*. Penguin Books, (I) 30-58; 73-102.

Plomin, R., & Daniels, D. (2011). Why are children in the same family so different from one another? *International Journal of Epidemiology*, *40*(3), 563–82.

Poepl, T. B., Langguth, B., Rupprecht, R., Laird, A. R., & Eickhoff, S. B. (2016 a). A neural circuit encoding sexual preference in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *68*, 530–36.

Poepl, T. B., Langguth, B., Rupprecht, R., Safron, A., Bzdok, D., Laird, A. R., & Eickhoff, S. B. (2016 b). The neural basis of sex differences in sexual behavior: A quantitative meta-analysis. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *43*, 28–43.

Price, M. (2017). Study finds some significant differences in brains of men and women. *Science Magazine: Brain & Behavior*, pp. 16–18.

Ratnu, V. S., Emami, M. R., & Bredy, T. W. (2017). Genetic and epigenetic factors underlying sex differences in the regulation of gene expression in the brain. *Journal of Neuroscience Research*, *95*(1-2), 301–10.

Raveenthiran, V. (2017). Controversies of sex re-assignment in genetic males with congenital inadequacy of the penis. *Indian Journal of Pediatrics*, *84*(9), 700–08.

Reiner, W. G., & Gearhart, J. P. (2004). Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *The New England Journal of Medicine*, *350*(4), 333–41.

Ritchie, S. J., Cox, S. R., Shen, X., Lombardo, M. V, Reus, L. M., Alloza, C., ... Lawrie, S. M. (2017). Sex differences in the adult human brain: evidence from 5.216 UK Biobank participants. *BioRxiv The Preprint Server for Biology*, 1–23.

Rodríguez-Larralde, A., & Paradisi, I. (2009). Influence of genetic factors

on human sexual orientation. Review. *Investigacion Clinica*, 50(3), 377–91.

Romeo, R. D. (2003). Puberty: a period of both organizational and activational effects of steroid hormones on neurobehavioural development. *Journal of Neuroendocrinology*, 15(12), 1185–92.

Roselli, C. E., Reddy, R. C., & Kaufman, K. R. (2011). The development of male-oriented behavior in rams. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 164–69.

Sabuncuoglu, O. (2015). High rates of same-sex attraction/gender nonconformity in the offspring of mothers with thyroid dysfunction during pregnancy: proposal of prenatal thyroid model. *Mental Illness*, 7(2), 42–47.

Sacher, J., Neumann, J., Okon-singer, H., Gotowiec, S., & Villringer, A. (2013). Sexual dimorphism in the human brain: evidence from neuroimaging. *Magnetic Resonance Imaging Journal*, 31(3), 366–75.

Sanderson, D. (2017). Huge surge in children confused over gender. *The Times & The Sunday Times*.

Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1119–25.

Savic, I., Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2010). Chapter 4 - Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. In *Progress in Brain Research: Sex Differences in the Human Brain, their Underpinnings and Implications* (Vol. 186, pp. 41–62).

Selvaggi G., Bellringer J. (2011). Gender reassignment surgery: an overview. *Nat Rev Urol*; 8(5):274-82.

Sisk, C. L., & Zehr, J. L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26, 163–74.

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with

gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–25.

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E. E., ... Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: an fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–99.

Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional Neurology*, 24(1), 17–28.

Telles-Silveira, M., Knobloch, F., & Kater, C. E. (2015). Management framework paradigms for disorders of sex development. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 59(5), 383–90.

UNESCO'S Gender Mainstreaming Implementation Framework. In: <http://portal.unesco.org/en/files/11483/10649049699Definitions.doc/Definitions.doc> (acesso em 23 de agosto de 2017)

Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & De Vries, M. C. (2015). Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: An empirical ethical study. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 367–73.

Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2016). Perceptions of sex, gender, and puberty suppression: a qualitative analysis of transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1697–03.

Whitam, F. L., Diamond, M., & Martin, J. (1993). Homosexual orientation in twins: a report on 61 pairs and three triplet sets. *Archives of Sexual Behavior*, 22(3), 187–206.

Wojniusz, S., Vögele, C., Ropstad, E., Evans, N., Robinson, J., Sütterlin, S., ... Haraldsen, I. R. H. (2011). Prepubertal gonadotropin-releasing hormone analog leads to exaggerated behavioral and emotional sex differences in sheep. *Hormones and Behavior*, 59(1), 22–27.

World Health Organization. In: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/genderdefinition/en/> (acesso em 23 de agosto de 2017).

Zderic, S. A., Canning, D. A., Carr, M. C., and Snyder, H. M. (2012). *Pediatric gender assignment – a critical reappraisal*. 1st edition, Springer, New York.

Zuger, B. (1975). Comments on “gender role differentiation in hermaphrodites”. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 579-81.

Zuger, B. (1970). Gender role determination: a critical review of the evidence from hermaphroditism. *Psychosomatic Medicine*, 32, 449-63.

Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HF, Pfäfflin F, Womack WM. Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*. 2013;42:901–914.