

Genitália atípica ao nascimento — orientações para o pediatra

DC SBP nº 232 (12/02/2026) comparado com Ministério da Saúde, AAP, NICE/Reino Unido, AEP/SEEP, Johns Hopkins, Harvard (Boston Children's), Oxford e Cambridge; consenso de Chicago, Itália e ONU como contexto.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Endocrinologia

Atualização SBP: DC nº 232 de 12/02/2026 · Análise: outubro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e as outras oito referências do site — Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard (Boston Children's), Oxford e Cambridge —, com versão e data de cada documento consultado; outras fontes aparecem como contexto. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) ·  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. O que a SBP recomenda | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das demais referências | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

A SBP orienta o pediatra a tratar a genitália atípica como urgência médica, não atribuir sexo na sala de parto, registrar com "sexo ignorado", excluir hiperplasia adrenal congênita antes da alta e encaminhar a equipe multidisciplinar. Nisso converge com o consenso de Chicago, o Reino Unido, a Espanha e a Itália. A divergência relevante está no que a SBP não aborda: o momento da cirurgia genital, que Espanha (lei), Boston Children's e a ONU adiam até a criança poder consentir — e que a nova Resolução CFM 2.455/2026, posterior ao documento, regula com exceções.

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 232, 12/02/2026, 10 p. DC de Endocrinologia (gestão 2022-2024; pres. Crésio Alves); colaboradores Guaragna Filho, Maciel-Guerra e Guerra-Júnior (Unicamp). Referências até maio/2025; cita a Res. CFM 1.664/2003, **não a Res. CFM 2.455/2026**.

Terminologia: "genitália atípica (ambígua)" como manifestação dos Distúrbios/Diferenças da Diferenciação do Sexo (DDS), definição do consenso de 2006; 1:4.500 nascidos vivos.

Condutas para o pediatra

ETAPA	RECOMENDAÇÃO SBP
Sala de parto	Urgência médica (psicossocial + risco de vida por HAC). Não dizer "parece menino, mas..." nem "é menina, só que o clitóris é grande". Explicar em linguagem simples que a criança não nasceu "sem sexo" nem "com dois sexos" e será avaliada por equipe especializada
Registro civil	Orientar registro com sexo "ignorado" (Prov. CNJ 122/2021; origem no Prov. CGJ-RS 016/2019); ajuste gratuito depois em qualquer cartório. Nome: decisão da família informada
Alta	Não dar alta com simples encaminhamento ao endocrinologista: risco de crise de perda de sal e sofrimento familiar
Critérios de atipia	Atipia evidente; aparência feminina com clitoromegalia, fusão labial posterior ou massa inguinal/labial; aparência masculina com gônadas não palpáveis bilateralmente, hipospadia proximal isolada ou hipospadia distal com gônada não palpável; discordância genótipo pré-natal x fenótipo
Anamnese	Medicações na gestação (progesterona), virilização materna; DDS, óbito neonatal inexplicado, infertilidade, consanguinidade
Exame físico	Na sala de parto e repetido com os pais; descrever sem termos que denotem sexo; Escala de Prader e Escore de Genitália Externa (EGS)
Exames	Gônadas não palpáveis → suspeitar HAC (21-OH): 17-OHP a partir do 3º dia + Na/K seriados. Gônada palpável → FSH/LH, testosterona, androstenediona, DHT entre 30º e 100º dia (minipuberdade). Cariótipo em todos. US abdominal/pélvica. Biópsia gonadal/laparoscopia se suspeita de disgenesia/ovotesticular. Painéis/exoma: decisão da equipe. Obter rapidamente o resultado da triagem neonatal
Equipe	Multidisciplinar (Res. CFM 1.664/2003): endocrinologista pediátrico, cirurgião pediátrico, urologista, geneticista, psicólogo, pediatra, ginecologista, enfermeiro, assistente social, bioeticista. Pediatra = elo com a família
Óbito neonatal	Autópsia com autorização da família

Não aborda: momento da designação sexual, cirurgia genital (indicação e timing), tratamento da HAC, transição para a vida adulta.

MARCO LEGAL POSTERIOR AO DOCUMENTO

A [Res. CFM 2.455, de 26/02/2026](#) (DOU 04/05/2026) revoga a 1.664/2003: termo único "DDS"; equipe mínima com psiquiatria obrigatória (psicologia conforme necessidade); cariótipo obrigatório e avaliação de risco oncológico gonadal; TCLE dos responsáveis e assentimento do menor; **cirurgias irreversíveis não urgentes só após análise fundamentada da equipe com participação informada dos responsáveis**; proíbe cirurgia discordante do sexo cromossômico, exceto DDS 46,XX com tecido testicular e genitália extremamente virilizada e DDS 46,XY com genitália extremamente feminizada; plano formal de cuidado longitudinal. Não trata de registro civil.

2. Posição das demais referências

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Ministério da Saúde	Triagem Neonatal — Hiperplasia Adrenal Congênita (2015) (Programa Nacional de Triagem Neonatal)	Triagem universal da HAC pela 17-OHP no teste do pezinho; valor ≥ 2 vezes o percentil 99 = convocação de emergência , com 17-OHP sérica, cortisol, androgênios, sódio e potássio; cariótipo se genitália ambígua ou genitália masculina sem testículos palpáveis , com ou sem hipospádia; ficha do teste com campo "genitália ambígua". Na HAC, propõe a correção cirúrgica da genitália precocemente, sempre que possível antes dos 2 anos , por cirurgião pediátrico experiente em unidade com equipe multidisciplinar; depois dos 2 anos, avaliação psicológica antes de qualquer genitoplastia. Sem documento do MS sobre DDS em geral nem sobre registro civil (este é regido pelo Provimento CNJ nº 122/2021).
AAP (EUA)	Evaluation of the Newborn With Developmental Anomalies of the External Genitalia (Pediatrics 2000;106:138) ; consenso de 2006 publicado em Pediatrics ; declaração da AAP, 2017	A política de 2000 tratava o caso como emergência, com definição e cirurgia precoces (superada pelo consenso de 2006). Em 2017 a AAP afirma a dignidade das crianças "fora do binário", sem se posicionar sobre adiar a cirurgia. Contexto EUA: Endocrine Society 2018 — informar os pais da opção de adiar; ESPU-SPU 2020 — contra a proibição geral.
NICE / Reino Unido	NICE: nenhuma diretriz de DDS. Society for Endocrinology UK guidance (Clin Endocrinol 2021) ; UK NSC — triagem da HAC	Cariótipo/FISH em 1 dia útil; 17-OHP não confiável antes de 36 h; evitar atribuição antes da equipe; usar "diferenças/variações"; psicologia clínica obrigatória para os pais; pais "plenamente informados das controvérsias" sobre cirurgia precoce ou adiada. O Reino Unido não faz triagem neonatal de HAC.
AEP / SEEP (Espanha)	Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (SEEP, An Pediatr 2018;89:315.e1–e19) ; Lei 4/2023, art. 19	"Desarrollo sexual diferente"; HAC: 70% com crise de perda de sal a partir da 2ª semana; 17-OHP ≥ 48 h; cariótipo obrigatório. Definição do sexo: decisão dos pais assessorados, "não é emergência". Cirurgia: "diferir a eletiva para que o paciente participe". A lei proíbe modificação genital em menores de 12 anos salvo indicação médica; registro com sexo em branco por até 1 ano.
Johns Hopkins	Material educativo (2024) ; Ong & Gearhart, 2007	Usa "differences of sex development"; afirma que o tratamento "frequentemente inclui cirurgia" — sem menção a adiamento.

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Harvard (Boston Children's)	Política de out/2020, divulgada por interACT e citada no relatório federal dos EUA (2022)	Não realiza mais clitoroplastia nem vaginoplastia em pacientes jovens demais para participar da decisão, salvo risco físico.
Oxford	Sem protocolo local aberto; o NICE não tem diretriz de DDS — segue as orientações britânicas (Society for Endocrinology UK, 2021)	Mesmas condutas do Reino Unido: cariótipo rápido, equipe com psicologia, pais informados das controvérsias da cirurgia.
Cambridge	Sem protocolo local aberto; o NICE não tem diretriz de DDS — segue as orientações britânicas (Society for Endocrinology UK, 2021)	Mesmas condutas do Reino Unido: cariótipo rápido, equipe com psicologia, pais informados das controvérsias da cirurgia.

Outras fontes (contexto)

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Consenso de Chicago (LWPES/ESPE)	Lee et al., Arch Dis Child 2006; Global DSD Update, Horm Res Paediatr 2016	"DSD" substitui intersexo/hermafroditismo; não atribuir sexo antes da avaliação especializada; equipe multidisciplinar; cariótipo/FISH, 17-OHP, eletrólitos, US; excluir HAC com urgência. 2016: identidade de gênero imprevisível no caso individual; cirurgia na infância "continua a carregar risco".
SIP / Itália	Bertelloni, Prospettive in Pediatria (SIP) 2013 ; Bertelloni 2021 ; Rede DSD-IT	"Verdadeira emergência"; evitar atribuição até a avaliação "e possivelmente até o diagnóstico molecular"; cariótipo em 24–48 h; NGS/WES após o cariótipo; adiar a cirurgia genital precoce; adiar o registro até a confirmação.
ONU	Res. A/HRC/RES/55/14 , abr/2024 (via HRW)	Contra intervenções não emergenciais sem consentimento livre e informado.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	MINIS- TÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOP- KINS	HAR- VARD	OX- FORD	CAM- BRIDGE	VERE- DITO
Nomenclatura	"Genitália atípica"; DDS; CFM 2.455 fixa "distúrbios"	"Genitália ambígua" (2015)	Consenso de 2006 (DSD)	"Diferenças/variações"	"Desarrollo sexual diferente"	Differences	Differences	Orientação britânica	Orientação britânica	Concordância em abandonar termos antigos
Urgência e HAC	Urgência; excluir HAC antes da alta; 17-OHP $\geq 3^\circ$ dia + Na/K; triagem neonatal	Triagem universal; $\geq 2 \times p99$ = convocação de emergência	Emergência; triagem universal	17-OHP ≥ 36 h; sem triagem neonatal	17-OHP ≥ 48 h; hidrocortisona imediata	—	—	Sem triagem neonatal	Sem triagem neonatal	Concordância clínica; só o Reino Unido não faz triagem
Exames iniciais	Cariótipo em todos; hormônios entre 30 e 100 dias; US	Cariótipo se genitália ambígua ou testículos impalpáveis	Cariótipo, 17-OHP, eletrólitos, US	Cariótipo/FI SH em 1 dia útil; AMH	Cariótipo obrigatório; AMH/inibina B	US, cariótipo, SRY	—	Cariótipo em 1 dia útil	Cariótipo em 1 dia útil	Concordância; Reino Unido e Itália mais rápidos
Comunicação com a família	Frases a evitar; pedi-atra como elo	Sem posição específica localizada	Pediatra coordena	Psicologia clínica obrigatória	Apoio psicossocial	—	—	Psicologia clínica	Psicologia clínica	Concordância; SBP é a mais concreta
Equipe	Multidisciplinar; CFM 2.455: psiquiatria obrigatória	Unidade com equipe multidisciplinar	Multidisciplinar	Multidisciplinar com psicólogo clínico	Multidisciplinar com psicólogos	Não documentado	Multidisciplinar	Idem RU	Idem RU	Diferença de composição (Brasil prioriza psiquiatria)
Atribuição do sexo	Não atribuir na sala de parto	Sexagem/cariótipo "para definição de gênero" na HAC	Após avaliação	Após a equipe	Decisão dos pais; não é emergência	2007: precoce	—	Após a equipe	Após a equipe	Concordância geral
Cirurgia genital irreversível	SBP omite; CFM 2.455 permite após análise da equipe, com exceções	HAC: precoce, antes dos 2 anos (2015)	Decisão da família; contra proibição (ESPU, Endocrine Society: informar a opção de adiar)	Pais informados das controvérsias	Diferir; lei proíbe < 12 anos	Cirurgia usual	Não opera quem não pode participar, salvo risco	Idem RU	Idem RU	Principal discordância: MS 2015 e EUA (cirurgia possível cedo) × Espanha, Boston e ONU (adiar)
Registro civil	Sexo "ignorado" (Prov. CNJ 122/2021)	Não aborda (norma do CNJ)	—	—	Sexo em branco até 1 ano	—	—	—	—	Brasil e Espanha com mecanismo formal

Leitura: a conduta inicial do pediatra é a mesma em SBP, Ministério da Saúde, Chicago, Reino Unido, Espanha e Itália: tratar como urgência, não atribuir sexo na sala de parto, excluir HAC com 17-OHP e eletrólitos, cariótipo, ultrassom e equipe multidisciplinar. A SBP é a mais prática sobre o que dizer aos pais e sobre o registro provisório com "sexo ignorado". A divergência real é a **cirurgia genital irreversível** em quem ainda não pode consentir: o documento do MS sobre HAC (2015) propõe a correção cirúrgica antes dos 2 anos; a Res. CFM 2.455/2026 deixa

a decisão à equipe com os responsáveis e admite exceções; nos EUA, ESPU e Endocrine Society são contra a proibição, mas pedem que os pais conheçam a opção de adiar; a Espanha (por lei), o Boston Children's e a ONU adotam o adiamento. Também diferem a triagem neonatal da HAC (ausente no Reino Unido) e a composição da equipe. **O site segue a SBP** nas condutas do pediatra (urgência, não atribuir sexo, excluir HAC antes da alta, registro com sexo ignorado, encaminhar à equipe) e a Res. CFM 2.455/2026 nos limites da cirurgia; a indicação e o momento da cirurgia são decisão da equipe especializada com a família informada de todas as opções, inclusive a de adiar. O texto do MS de 2015 (cirurgia antes dos 2 anos) fica registrado como divergência, anterior à resolução do CFM.

4. Síntese

Converge: a conduta inicial do pediatra — não atribuir sexo, tratar como urgência, excluir HAC, cariótipo em todos, equipe multidisciplinar, comunicação empática — é idêntica em SBP, Chicago, Reino Unido, Espanha e Itália. A SBP é a mais prática sobre o que dizer aos pais e sobre o registro civil provisório, e recomenda a coleta hormonal na janela da minipuberdade (30–100 dias).

Diverge: o tema mais controverso do campo — cirurgia genital irreversível em quem não pode consentir — não está no documento da SBP. Enquanto Espanha (lei desde 2023), Boston Children's e Lurie (2020) e a ONU (2024) adotam adiamento, o Brasil, pela Res. CFM 2.455/2026, mantém a decisão com a equipe e os responsáveis e admite cirurgia precoce em fenótipos extremos — posição próxima da ESPU-SPU/Endocrine Society.

Diferenças menores: o Reino Unido não faz triagem neonatal de HAC (Brasil, EUA e Espanha fazem); Itália e Reino Unido pedem cariótipo em 1–2 dias e genética molecular precoce; a equipe brasileira (CFM 2.455) prioriza psiquiatria onde as demais exigem psicologia clínica.

OBSERVAÇÃO CRÍTICA

O DC é assinado pela gestão 2022-2024 e foi publicado em fevereiro de 2026, dias antes da Res. CFM 2.455 (26/02/2026) e antes de sua publicação no DOU. O pediatra deve ler o documento da SBP junto com a nova resolução, sobretudo nos itens de equipe mínima, consentimento/assentimento e cirurgia.

5. Fontes

- SBP. DC nº 232 — [Abordagem da criança que nasce com genitália atípica; SBP 2019 — HAC: triagem neonatal](#)
- Ministério da Saúde. [Triagem Neonatal — Hiperplasia Adrenal Congênita, 2015](#)

- [Res. CFM 1.664/2003](#) · [Res. CFM 2.455/2026](#) · [Prov. CNJ 122/2021 \(IBDFAM\)](#)
- [Chicago 2006](#) · [Global DSD Update 2016](#)
- [AAP 2000](#) · [AAP 2017](#) · [Endocrine Society 2018](#) · [ESPU-SPU 2020](#)
- [Society for Endocrinology UK 2021](#) · [UK NSC — HAC](#)
- [SEEP/AEP — An Pediatr 2018](#) · [Lei 4/2023 \(BOE\)](#)
- [Bertelloni 2013 \(SIP\)](#) · [Bertelloni 2021](#) · [Rede DSD-IT](#)
- [Boston Children's 2020 \(interACT\)](#) · [AMA J Ethics 2021](#)
- [Johns Hopkins 2024](#) · [ONU HRC 55/14 \(HRW\)](#)
- Não verificado: protocolos locais de Oxford e Cambridge (não localizados); página atual do Boston Children's sobre DDS (não localizada; política de 2020 conhecida por fontes secundárias).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.