

**ANÁLISE DA RESOLUÇÃO 2265
DE 20 DE SETEMBRO DE 2019
RESOLUÇÃO PRODUZIDA PELO
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

AMANA MATOS • BERENICE BENTO • FLÁVIA DO BONSUCESSO TEIXEIRA
• GRAZIELA TAGLIAMENTO • JULIANA PERUCCHI • MARCO AURELIO
MAXIMO PRADO • MARIA JURACY FILGUEIRAS TONELI • PAULA
SANDRINE MACHADO • REBECA BUSSINGER • PEDRO PAULO PEREIRA

INTRODUÇÃO

Há muito acompanhamos a relação entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de suas Resoluções, e o processo de elaboração de Políticas Públicas definidas pelo Ministério da Saúde (MS) referentes ao cuidado para a população trans. Assim sendo, o conteúdo da RESOLUÇÃO Nº 2.265, DE 20 DE SETEMBRO DE 2019, publicada no DOU de 09 de janeiro de 2020, nem nos surpreende nem tampouco nos causa indignação.

A referida Resolução não apresenta qualquer avanço em relação ao já estabelecido em termos normativos no país e que constitui referência para as principais linhas de cuidado das pessoas trans. Tampouco significa avanços frente aos consensos internacionais sobre essas linhas de cuidados em países como Canadá, Bélgica e Estados Unidos.

Na verdade, o CFM se manifesta tardiamente, a exemplo do já ocorrido, anteriormente, com as cirurgias de transgenitalização, que embora ocorressem em hospitais de referência e especializados em todo o mundo, principalmente Europa e Estados Unidos, permaneceram entendidas pelo CFM como mutiladoras até o ano de 1997.

O CFM, portanto, nessa temática, apresenta uma nova Resolução no século XXI, com ares do século XX. A posição do CFM é bastante aquém diante das questões e dos desafios trazidos pela divulgação da nova CID 11, na qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que nenhuma evidência científica produzida no século XX foi capaz de definir a transexualidade como um transtorno mental e justificar as práticas nefastas decorrentes dessa suposta categoria nosológica.

Assistimos no Brasil, um cenário de ameaças e de retrocessos nas políticas públicas que garantem direitos humanos relacionados a desigualdade entre gêneros, orientação sexual e identidade de gênero, sobretudo por efeito da imposição injustificável de visões religiosas dogmáticas nas leis e políticas públicas. Essa Resolução do CFM indica um passo a mais nesse retrocesso, uma vez que, como autarquia, parece defender determinados grupos de interesse, não pautando os direitos humanos como fundamento principal do cuidado à saúde das pessoas trans.

Os cuidados em saúde e os direitos humanos das pessoas trans não são negociáveis. Nenhuma autarquia tem poder para contestar ou diferir das normas internacionais de direitos humanos já estabelecidas, das definições técnicas preconizadas pela OMS, como no caso da recente revisão da Classificação Internacional de Enfermidades

(CIE11) e tampouco de normas e decisões jurídicas nacionais.

Além disso, vale lembrar que, tal como estabelecido na Lei nº 8.080, cabe ao Ministério da Saúde a elaboração de políticas públicas de saúde. Contudo, com muita frequência, o CFM tem assumido uma função normativa que extrapola seu mandato e se sobrepõe aos deveres e responsabilidades dessa autarquia. Como se sabe, as Resoluções do CFM têm uma brutal influência na organização de serviços de saúde e nos cuidados das pessoas trans, determinando inclusive as regras de inclusão e exclusão de pessoas e procedimentos (Teixeira, 2017), sem que o Ministério da Saúde jamais tenha se manifestado posição contrária.

Embora essa sobreposição e falta de fronteiras entre o CFM e o MS não seja exatamente uma novidade, no cenário atual no qual têm sido frequentes medidas arbitrárias por parte do executivo, causa apreensão a publicação da Resolução 2265, que terá efeitos imediatos na organização dos serviços e, também, em Portarias posteriores do Ministério da Saúde. Por essa razão, mesmo reconhecendo que a Resolução merece uma análise ainda mais refinada, oferecemos nesse documento um balanço preliminar dos aspectos que nela nos parecem mais problemáticos.

ANÁLISE

Nosso primeiro questionamento se ancora no poder de uma autarquia para definir conceitos e categorias científicas que informarão sobre gênero e sexualidade. As definições estabelecidas na Resolução fixam e limitam identidades e sujeitos, podendo não só excluir de processos de cuidados aos que não estão contemplados nas definições, como também produzir pontos obscuros na sua oferta.

As evidências científicas atuais indicam que a relação entre a aceitação da genitália e a identidade de gênero não são correspondentes, como gostaria o CFM. O parágrafo quarto estabelece:

Considera-se travesti a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália.

Essa definição de travestilidade incorre em vários problemas. A primeira é a confusão terminológica entre sexo/gênero, como se fos-

se de ordem natural a equivalência entre genitália e expressões de gênero. Por esse motivo, a resolução utiliza neste parágrafo a ideia de que aceitar a genitália colocaria em descrédito a “incongruência de gênero”. Além disso, é fundamental atentar-se para a expressão: “mas aceita sua genitália”. Há aqui a pressuposição do desejo sobre seus genitais que se faz prescrevendo interdições sobre o corpo e a experiência das travestilidades e das transexualidades. Segundo essa conjectura, as pessoas transexuais, como fica subtendido, não aceitariam suas genitálias, enquanto as travestis aceitariam. Tal pressuposição não está baseada em nenhum dado de pesquisa científica e nega as existências de numerosas experiências que não se enquadram nessa definição. Por último, importante frisar que este tipo de definição acaba por se contrapor à definição de transexualidade utilizada na própria Resolução.

Para além de reafirmar a abjeção ao pênis (Berenice, 2006; Borba, 2016), mantém o critério como pressuposto para indicação da cirurgia e condição necessária para diagnóstico. Podemos ir além. Ao considerar que pessoas transexuais não aceitam sua genitália, como pensar, nesse caso, a produção de um cuidado adequado em saúde materna do homem trans que engravidou? Como realizar um cuidado para quem negamos a existência?

Nesse sentido, o parágrafo único do artigo quinto pode ser considerado como uma estratégia de proteção ao profissional e não à/ao usuária/o:

Parágrafo único. É obrigatório obter o consentimento livre e esclarecido, informando ao transgênero sobre a possibilidade de esterilidade advinda dos procedimentos hormonais e cirúrgicos para a afirmação de gênero.

O uso do termo de consentimento livre e esclarecido é orientado em todas as práticas médicas (Ribeiro et al., 2010). Destacar o risco de esterilidade como única informação sobre a saúde reprodutiva das pessoas trans nos parece insuficiente, uma vez que deveria também garantir informações sobre estratégias para garantir o direito à reprodução de todas as pessoas que assim o desejarem.

Se a principal justificativa para o uso do termo é a garantia à informação para que a/o usuária/o possa decidir quais procedimentos ela/e consente e deseja que sejam realizados, limitar a um único aspecto – da possível esterilidade – seria a materialização do que Berenice Bento nomeou como cidadania a conta gotas (Bento, 2014). Aqui nos parece uma estratégia à beira de um pânico moral sobre as

sexualidades e as expressões de gênero de minorias sociais, pois não há motivo para que a reprodução assistida com cuidados à saúde de pessoas trans não seja objetivada.

Identificamos outras restrições provocadas pela Resolução quando, no artigo quinto, o CFM decide conceituar o que seria a afirmação de gênero e os modos de alcançá-la:

§ 5º Considera-se afirmação de gênero o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias.

Ainda que manifeste supostamente uma democratização no acesso aos serviços de saúde, encoberto num Projeto Terapêutico Singular (PTS) – que será discutido posteriormente –, o procedimento terapêutico nomeado como afirmação de gênero na Resolução deve ocorrer para aquelas/es que obtiverem êxito em ser diagnosticadas/os pelo/a psiquiatra como descrito a seguir:

O acompanhamento psiquiátrico visa, além da formulação diagnóstica específica, o diagnóstico das morbidades, quando existentes, assim como seu tratamento, estando estabelecido no Projeto Terapêutico Singular.

Todos sabemos que a formulação diagnóstica das transexualidades é um campo em disputa, uma vez que a história do seu diagnóstico não produziu consenso no campo (Tenório e Prado, 2016; Pacheco et al., 2017). Critérios diagnósticos são bastante variáveis na história para expressões e identidades de gênero que compõem a diversidade da expressão humana. Portanto, determinar acompanhamento psiquiátrico para **formulação diagnóstica específica** parece apenas reiterar as já conhecidas e amplamente criticadas práticas psiquiátricas em seu poder de dar acesso ou não aos cuidados à saúde e legitimar ou não as identidades de gênero.

Importante ainda atentarmos para a segunda parte das atribuições direcionadas à psiquiatria, pois, além da noção de formulação diagnóstica específica, também é prevista no Anexo III da referida Resolução a atividade de diagnóstico de morbidades como impedimento ao acesso ao cuidado à saúde transespecífica.

Ao vetar o acesso das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais aos procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos, o CFM contradiz o art. 2º da própria Resolução, ou seja, a garantia do acesso, sem

qualquer tipo de discriminação.

Ainda que não seja atribuição do CFM determinar a garantia de acesso a cuidados, ao definir que, após avaliação psiquiátrica, serão contraindicadas a hormonioterapia e/ou cirurgia nas seguintes condições: transtornos psicóticos graves, transtornos de personalidade graves, retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento graves, o CFM, mais uma vez, atravessa um terreno arenoso. Se a autodeterminação do gênero é um direito de personalidade, como apontou a decisão recente do STF, alguma condição de sofrimento mental deveria reduzir ou negar tal direito?

Mais uma vez o que está em questão é a autonomia e a capacidade de decidir. Isto é, caberia pensar que o termo de livre consentimento só poderia ser assinado por aquelas/es que estão aptas/os a consentir. A contraindicação, da forma que está estabelecida na Resolução, diz respeito às patologias e não aos sujeitos de direitos.

Esse ponto merece total atenção e coaduna com o relativo retrocesso implicado nesta nova Resolução. Se ficar barrado o acesso à saúde e à livre gestão do acompanhamento em saúde para pessoas com algum diagnóstico de transtorno mental, o CFM está indo totalmente contra a reforma psiquiátrica e antimanicomial. Considerando-se que transtornos mentais estão associados às relações sociais e humanas, pode-se considerar que qualquer manifestação de transtorno mental está implicada pela qualidade das relações sociais. No caso de pessoas trans, o preconceito social, a violência, inclusive a familiar, e a não garantia de direitos são corresponsáveis por essas manifestações. Portanto, negar acesso cirúrgico ou hormonal a essas/es usuárias/os seria uma criação de uma política de exclusão somada a muitas outras que as pessoas trans já sofrem.

No que se refere mais especificamente à atenção à infância, o Anexo III estabelece que, na dúvida sobre o diagnóstico para criança, nenhuma conduta dever ser estabelecida. De que estaria tratando a referida Resolução e em quais pressupostos se ancora?

Primeiro é necessário questionar a afirmativa de que a identidade de gênero se estabelece em idade próxima aos quatro anos de idade. As pesquisas implicadas nesse campo não indicam idade fixa ou aproximada para o estabelecimento das identidades de gênero. Portanto, o CFM poderia estar estabelecendo um critério a partir de uma premissa que não encontra respaldo científico ou evidências

clínicas consolidadas.

Ainda, retomando a discussão sobre diagnóstico já realizada, o que garantiria a certeza diagnóstica? O que se consideraria “nenhuma intervenção”? Quem decide sobre a pertinência de que as crianças possam vivenciar as experiências no gênero oposto ao designado no nascimento? O poder médico se sobreporia aos demais saberes e poderes, inclusive o familiar e jurídico? Estariam as crianças submetidas compulsoriamente a uma linha direta a caminho das clínicas psicológicas? A psicoterapia estaria contraindicada também?

No entanto, vedar intervenção por meio de uso de hormônios e cirurgias para crianças é uma conduta absurda, posto que não existe nenhuma evidência de qualquer indicação desses procedimentos na infância. Logo, não se deve regular aquilo que seria considerado crime ou, no mínimo, falta disciplinar, porque seria imperícia de qualquer profissional médico agir sem respaldo de bases científicas. Essa suposta determinação do CFM, de regular o não existente, colabora para alimentar o pânico moral em torno das pessoas trans e dos serviços de saúde, como temos visto em diversas manifestações de parlamentares que, em uma ofensiva contra as pessoas trans, buscam produzir e sustentar o pânico sobre o debate de gênero instalado no contexto atual.

Em outro item do Anexo III da Resolução aqui em tela, lê-se:

O psiquiatra inserido na equipe multiprofissional e interdisciplinar responsável por acompanhar a criança deve se ater a observar, orientar, esclarecer e formular diagnóstico e psicoterapia - quando indicada -, assegurando o desenvolvimento da criança com diagnóstico de incongruência de gênero. Tais atitudes devem envolver não só a criança, mas também a família, cuidadores, responsável legal, escolas e outras possíveis instituições que tenham obrigação legal pelo cuidado, educação, proteção e acolhimento da criança.

Esse item igualmente indica que, embora a nova Resolução use de determinados termos e recursos linguísticos para se adequar ao debate atualizado, ele peca em reproduzir elementos frágeis e nada consolidados, como é o caso de prescrever diagnóstico acerca da experiência infantil com indicação de psicoterapia. Por que, nesse caso, essa é uma conduta que não é questionada e a qual não se vislumbra nenhuma contraindicação? A indicação de psicoterapia, se demandada, deveria ser feita por profissionais de uma equipe multidisciplinar e não apenas por psiquiatras. Além disso, ela deve ser buscada pelas/os

usuárias/os e familiares, pois não há processo psicoterapêutico sem a participação ativa de usuários e usuárias.

O ato médico encarnado nesta Resolução se dá quando fica a critério da/o médico estabelecer o diagnóstico e a indicação (ou não) de psicoterapia. A partir de quais evidências a/o psiquiatra faria tal indicação? Uma vez que a transexualidade deixa de ser classificada como transtorno mental na nova CID 11, a Resolução parece desconsiderar a determinação da própria OMS. Em outras palavras, é um arremedo grotesco para garantir o poder psiquiátrico quando não encontra mais justificativa nem mesmo no campo em que se propõe a interferir.

Ademais, ao centrar na/o médica/o o poder de diagnosticar e estabelecer a necessidade de psicoterapia ou não, a Resolução se coloca contra ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve ser construído com a equipe multi/interdisciplinar e a/o usuária/o (que é agente ativa/o do seu processo). O PTS parte da noção de que a/o usuária/o é um sujeito de direitos e que seu conhecimento/saber é tão importante quanto o da equipe. Mas, centrando o poder diagnóstico na/o médica/o, que saber da pessoa está sendo considerado? Que direito da pessoa trans está sendo garantido?

Gostaríamos, ainda, de chamar atenção para um item da nova Resolução que considera a vulnerabilidade das pessoas trans. No texto da referida Resolução, leia-se:

A vulnerabilidade psíquica e social do indivíduo com incongruência de gênero ou transgênero é, em geral, intensa. São elevados os índices de morbidades existentes nessa população, entre eles transtornos depressivos graves, abuso/dependência de álcool e outras substâncias químicas, transtornos de personalidade, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade.

A exclusão social das instituições sociais, da família, da escola, a negação à entrada no mercado de trabalho e o preconceito com que convivem pessoas trans durante a sua vida é a matriz primeira da vulnerabilidade social e têm como efeito a expressão de morbidades. Isso nos parece fundamental, uma vez que na prática profissional dos serviços de saúde os espaços de saúde transespecífica devem ser espaços que lidem com a transfobia, registrem casos de violência, produzam redes de segurança afetiva e social, bem como colaborem na construção de uma política de enfrentamento à transfobia. A nova Resolução do CFM parece desconhecer os dados de assassínatos de pessoas trans no país, as formas violentas de exclusão

das instituições sociais e as precariedades das políticas públicas para esta população.

Portanto, merece destaque aqui o não reconhecimento por parte da nova Resolução do CFM de que as vulnerabilidades psíquica e social das pessoas trans estão diretamente relacionadas à transfobia da sociedade. A Resolução, nesse caso, desconhece, sobretudo, o conceito de Rede de Atenção em Saúde e Intersetorialidade, fundamentais para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular que deseja normatizar.

CONCLUSÃO

Os termos dessa Resolução parecem confrontar o posicionamento dos Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) quando do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), em que o inesquecível voto do Ministro Edson Fachin provocou uma torção na relação de poder médico-psi ao sedimentar seu voto no campo dos direitos humanos e no reconhecimento pleno da autonomia das pessoas trans (Boyadian, 2019).

Apoiado na Constituição Brasileira, destacando os artigos 1º e 5º, como também no Pacto de São José da Costa Rica[1], na Opinião Consultiva 24/17 da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre Identidade de Gênero e Igualdade e Não-Discriminação[2] e na Introdução aos Princípios de Yogyakarta[3], o ministro Edson Fachin defendeu que as pessoas trans poderiam alterar seus nomes e sexo em seus registros diretamente no cartório, sendo dispensado qualquer procedimento judicial ou prova documental, incluindo laudo ou pareceres de especialistas. Ele baseou-se nas seguintes premissas:

Primeira: O direito à igualdade sem discriminações abrange a identidade ou expressão de gênero;

Segunda: A identidade de gênero é manifestação da personalidade da pessoa humana e como tal cabe ao Estado apenas o papel de reconhecê-la, nunca de constituí-la;

[1] Trata-se da Convenção Americana de Direitos Humanos. É um tratado internacional entre os países membros da Organização dos Estados Americanos que entrou em vigor em 18 de julho de 1978. Serve de base para os países signatários empreenderem seus esforços na proteção aos Direitos Humanos, seja na produção normativa, no estabelecimento de políticas públicas ou em decisões judiciais.

[2] É um documento que considera que a Convenção Americana de Direitos Humanos garante a possibilidade de alteração do nome e do sexo em registro civil de acordo com a autopercepção da pessoa referente à sua identidade de gênero, devendo os Estados membros da Organização dos Estados Americanos criar os meios adequados para efetivação da alteração. Durante o julgamento da ADI 4275 foi utilizada como embasamento do voto de vários ministros.

[3] Documento apresentado no Conselho de Direitos Humanos da ONU que versa justamente sobre a aplicação da legislação internacional sobre direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

Terceira: A pessoa não deve provar o que é e o Estado não deve condicionar a expressão de identidade a qualquer tipo de modelo, ainda que meramente procedimental. (Brasil, 2019, p. 24).

O STF declarou que a autodeterminação é um direito também das pessoas trans e que cabe ao Estado o seu reconhecimento. Sendo assim, não caberia ao CFM, por meio da Resolução, delegar ao psiquiatra tal função. Não sendo uma doença mental e não sendo demanda do sujeito, cabe-nos questionar qual o lugar da psiquiatria nessa relação. A nosso ver, o processo está invertido, a solicitação da participação do médico psiquiatra deveria se dar tão somente caso haja indicação no processo, como ocorre em qualquer outra demanda.

É notório o lugar de poder que a Resolução atribuiu às/aos profissionais da psiquiatria. Acostumadas/os a não darem explicações sobre seus procedimentos, as/os formuladoras/es da norma decidiram que os princípios de Yogyakarta, referentes à aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, particularmente o Princípio n. 3, não teriam aplicação no Brasil:

Toda pessoa tem o direito de ser reconhecida, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei. As pessoas de orientações sexuais e identidades de gênero diversas devem gozar de capacidade jurídica em todos os aspectos da vida. A orientação sexual e identidade de gênero autodefinidas por cada pessoa constituem parte essencial de sua personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. Nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito para o reconhecimento legal de sua identidade de gênero. Nenhum status, como casamento ou status parental, pode ser invocado para evitar o reconhecimento legal da identidade de gênero de uma pessoa. Nenhuma pessoa deve ser submetida a pressões para esconder, reprimir ou negar sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Na ocasião, o Ministro Celso de Melo defendeu que o direito à identidade de gênero seria um direito fundamental que decorre da dignidade humana e integraria os direitos da personalidade, não poderia sofrer limitações de qualquer ordem, ou seja, qualquer ação do Estado que limite ou prejudique seu exercício é uma violação dos

direitos humanos. Para o Ministro, quando o Estado exige qualquer procedimento ou laudos médicos para um indivíduo ter reconhecida a sua identidade, o seu direito a ser feliz resta ameaçado (Boydian, 2019). Pensamos que na tentativa de conceituar e definir quem são as pessoas elegíveis para o cuidado em saúde trans, o CFM não apenas ameaça, mas restringe o acesso de pessoas que não estão em conformidade com o diagnóstico esperado. Fere o direito à autodeterminação e ao mesmo tempo faz com que o Estado permaneça omissivo na formulação de políticas e de medidas assecuratórias de direitos fundamentais às minorias.

Nesses termos, assumimos aqui que, em uma primeira análise, esta Resolução não avança nas formas de regulamentação democrática da atividade profissional e, para além disso, infere no equívoco de normatizar ações públicas que não cabem a sua categoria profissional.

REFERÊNCIAS

BENTO, Berenice. A (re) invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: GARAMOND/CLAM, 2006.


BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal (versão eletrônica). Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar, v. unico, p. 165-183, 2014.

BORBA, Rodrigo. O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

BOYADJIAN, Gustavo. Alterações Registras Decorrentes da Transexualidade: Análise Jurisprudencial e Considerações referentes ao Discurso Fundamentador das Decisões alicerçado na busca da certeza biológica e em normas assecuratórias da dignidade da pessoa humana. Tese de Doutorado. UFU, 2019.

PACHECO, Barbara.; RASERA, Emerson.; PRADO, Marco Aurélio; TEIXEIRA, Flávia. Psicologia e Transexualidades: escritos e escrituras da psicologia brasileira. In: Emerson F. Raserá, Maristela de Souza Pereira e Dolores Galindo (orgs) Democracia Participativa, Estado e Laicidade: Psicologia Social e enfrentamentos em tempos de exceção. Abrapso Editora: Porto Alegre, 2017

RIBEIRO, Diulas Costa (Org.) GUILLÉN, Diego Gracia; GONZÁ-



LES, Miguel Angel Sánchez (Colabs.). A relação Médico-Paciente: velhas barreiras novas fronteiras. 1. ed. São Paulo, SP: Centro Universitário São Camilo, 2010.

TEIXEIRA, Flávia. B. (DES)ENGANO: revisando as Portarias do Processo Transexualizador no SUS. In: Anna Paula Uziel; Flávio Guilhon. (Org.). Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsitos. 1ed. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2017, p. 313-352.

TENÓRIO, Leonardo F. P. PRADO, Marco Aurélio M. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma *Periodicus*. UFBA, N 1, VOL. 5, 2016