

O direito de adolescentes transgênero ao acesso às terapias hormonais: a (i)legalidade da Resolução CFM nº 2.427/2025: entre a despatologização e a proteção integral

The right of transgender adolescents to access hormone therapies: the (il)legality of CFM Resolution 2.427/2025 between depathologization and integral protection

Rafael Carvalho de Sá Roriz¹

Juiz do Tribunal de Justiça de São Paulo

Resumo: o presente artigo examina a compatibilidade da Resolução CFM nº 2.427/2025 - que veda a prescrição de bloqueadores hormonais a crianças e adolescentes e restringe a hormonioterapia cruzada aos maiores de dezoito anos - com o regime jurídico de proteção integral à saúde da criança e do adolescente. Parte-se da distinção conceitual entre doença, transtorno e sofrimento para reconstruir a mudança de paradigma operada entre a Classificação Internacional de Doenças em suas décima e décima primeira revisões, que deslocou a morbididade do ser para o sofrimento decorrente da incongruência entre o gênero atribuído e o vivenciado. Discutem-se, em seguida, as múltiplas formas de classificação do sexo e do gênero, tanto biológicas quanto culturais, e o conteúdo das terapias hormonais. Confrontando a nova resolução com a Convenção sobre os Direitos da Criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, sustenta-se que a norma incorre em ilegalidade formal, por ausência do debate interdisciplinar que caracterizou a resolução revogada, e material, por restringir o acesso à saúde nos termos consagrados em lei, além de promover uma repatologização velada da identidade transgênero.

Palavras-chave: adolescentes transgênero; terapias hormonais; despatologização; proteção integral; Resolução CFM nº 2.427/2025.

Abstract: this article examines the compatibility of CFM Resolution No. 2,427/2025 - which prohibits the prescription of hormone blockers to children and adolescents and restricts cross-sex hormone therapy to those over eighteen years of age - with the legal framework of integral protection for child and adolescent health. The study begins with the conceptual distinction between disease, disorder, and suffering to reconstruct the paradigm shift that occurred between the tenth and eleventh revisions of the International Classification of Diseases, which shifted morbidity from the individual's state of being to the suffering resulting from the incongruence between assigned and expe-

¹ Pós-graduado em Direito Público e Privado pela Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro/Universidade Estácio de Sá, Direito Eleitoral e Processo Eleitoral pela Escola Judiciária Eleitoral Paulista e Processo Penal pela Escola Paulista da Magistratura.

rienced gender. Subsequently, the multiple ways of classifying sex and gender, both biological and cultural, along with the nature of hormone therapies, are discussed. By contrasting the new resolution with the Convention on the Rights of the Child, the Child and Adolescent Statute, and the guidelines of the Unified Health System, it is argued that the regulation incurs in formal illegality, due to the absence of the interdisciplinary debate that characterized the revoked resolution, and material illegality, by restricting access to healthcare under the terms enshrined in law, in addition to promoting a veiled repathologization of transgender identity.

Keywords: transgender adolescents; hormone therapies; depathologization; integral protection; CFM Resolution No. 2,427/2025.

Introdução

Em 8 de abril de 2025, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM nº 2.427, publicada no Diário Oficial da União de 16 de abril de 2025, com o propósito declarado de revisar os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência ou disforia de gênero (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025). Ao revogar a Resolução CFM nº 2.265/2019, o novo ato normativo alterou de modo substancial o regime de acesso das crianças e dos adolescentes transgênero às intervenções hormonais: vedou a prescrição de bloqueadores da puberdade para o tratamento da incongruência ou disforia de gênero (art. 5º) e restringiu a hormonioterapia cruzada aos maiores de dezoito anos (art. 6º, § 2º), quando a norma anterior admitia o bloqueio a partir do estágio puberal Tanner II, em protocolo de pesquisa, e a hormonização cruzada a partir dos dezesseis anos.

A alteração desencadeou reação imediata das entidades científicas diretamente envolvidas no cuidado dessa população e provocou intensa litigiosidade. A questão chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.806, relatada pelo ministro Cristiano Zanin, à qual foram apensadas as Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.221 e nº 1.223 (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2025). Paralelamente, decisão da Justiça Federal do Acre que suspendera a resolução, no bojo da Ação Civil Pública nº 1008098-36.2025.4.01.3000, foi sustada por liminar na Reclamação Constitucional nº 84.653, restabelecendo-se a vigência da norma até o julgamento definitivo.

O problema que anima este estudo pode ser assim enunciado: a restrição etária imposta pela Resolução CFM nº 2.427/2025 é compatível com o direito à saúde integral que o ordenamento jurídico brasileiro assegura, com absoluta prioridade, às crianças e aos adolescentes? A hipótese que se pretende demonstrar é a de que a resolução, ao fundar-se em um risco abstrato de arrependimento e ao pressupor que a transição atenta contra uma ordem sexual predefinida, retoma o paradigma da patologização do ser que a própria ciência médica declarou superado, incorrendo em ilegalidade tanto formal quanto material.

Para tanto, o percurso argumentativo parte da distinção conceitual entre doença, transtorno e sofrimento (seção 2); reconstrói a mudança de paradigma entre a décima e a décima primeira revisões da Classificação Internacional de Doenças (seção

3); examina as múltiplas formas de classificação do sexo e do gênero (seção 4); descreve o conteúdo das terapias hormonais (seção 5); confronta a resolução revogada com a vigente (seção 6); analisa o conflito da nova norma com o bloco normativo de proteção integral (seção 7); demonstra a repatologização velada nela operada (seção 8); e, por fim, sustenta a sua ilegalidade formal e material (seção 9).

1. Doença, transtorno e sofrimento: uma distinção conceitual necessária

UA discussão sobre o acesso de adolescentes transgênero às terapias hormonais exige, como pressuposto, o esclarecimento de categorias que a linguagem corrente costuma confundir. Já em 1961, ao publicar *O mito da doença mental*, Thomas Szasz advertia para a necessidade de indagar quem controla o vocabulário da medicina e da psiquiatria e quem define o que constitui doença, diagnóstico e tratamento (SZASZ, 1979). A provocação szasziana - que sustentava não ser a doença mental uma condição médica equiparável às enfermidades físicas, mas antes um rótulo aplicado a comportamentos e estados que destoam de normas sociais - permanece útil não para negar a existência do sofrimento psíquico, mas para chamar atenção ao poder classificatório embutido em toda nosologia.

Convém distinguir três noções. A doença (em sentido estrito) designa um processo fisiopatológico subjacente, caracterizado por anormalidades moleculares, celulares ou teciduais estruturais ou funcionais (LOSCALZO et al., 2023). O transtorno, categoria mais ampla, é uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas, caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamento, decorrente de uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, sem que necessariamente exista uma lesão orgânica subjacente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Ambos diferem do sofrimento: um estado de angústia severa associado a eventos que ameaçam a integridade da pessoa como um todo (incluindo sua identidade, sua história social, seus planos para o futuro e sua existência física) (CASSEL, 1982).

Essa tríade é decisiva para o tema. Como se verá, a passagem da décima para a décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) representou justamente o reconhecimento de que a incongruência de gênero não é doença nem transtorno mental, e que a morbidade eventualmente presente decorre dos efeitos somáticos e psíquicos do sofrimento - a disforia, e não no fato de a pessoa ser transgênero. Deslocar o eixo do ser para o sofrimento é a chave que permite compreender por que uma norma que restringe o tratamento a pretexto de proteger contra a própria identidade opera, em rigor, um retrocesso.

2. Do transtorno de identidade à incongruência de gênero: a mudança de paradigma entre a CID-10 e a CID-11

A CID, mantida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o instrumento que padroniza mundialmente o registro de enfermidades e condições de saúde. A comparação entre a décima revisão (CID-10), elaborada entre 1990 e 1996, e a décima primeira (CID-11), aprovada em 2019 e com entrada em vigor a partir de 2022, revela uma trans-

formação conceitual de grande alcance.

Na CID-10, a condição figurava entre os transtornos mentais e comportamentais, na categoria dos transtornos da identidade sexual. O código F64.2, relativo ao transtorno de identidade sexual na infância, descrevia-o como um sofrimento persistente e intenso relacionado a *pertencer a um dado sexo*, acompanhado do desejo de ser - ou da insistência de que se é - do outro sexo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). A formulação é reveladora: opera com sexos previamente definidos e concebidos como binários, entre os quais o indivíduo transitaria, de modo que a própria linguagem pressupunha uma ordem sexual fixa e uma anomalia no sujeito que dela se afasta.

A CID-11 abandona esse enquadramento. A condição deixa o capítulo dos transtornos mentais e passa a integrar um capítulo próprio, o das condições relacionadas à saúde sexual, sob a denominação de incongruência de gênero. Os códigos HA60 (incongruência de gênero na adolescência e idade adulta) e HA61 (incongruência de gênero na infância) caracterizam-na como uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado pelo indivíduo e o sexo atribuído, ressaltando expressamente que variações de comportamento e preferências de gênero, por si sós, não bastam para o diagnóstico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

A substituição vocabular não é acidental. Falar em gênero *vivenciado* e sexo *atribuído*, em vez de pertencimento a um sexo e desejo de ser de outro, incorpora a compreensão de que o gênero carrega uma dimensão de construção cultural e de que existem diversas formas de defini-lo - inclusive no interior da própria biologia. A atribuição do sexo ao nascimento passa a ser lida como um ato, e não como um dado natural inquestionável; e o gênero vivenciado ganha estatuto de realidade digna de reconhecimento e cuidado.

A literatura especializada é convergente nesse ponto. Sombra Neto e Luz (2024) demonstram que, no percurso das classificações diagnósticas, a CID promoveu mudança mais direta do que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: enquanto neste o transexualismo tornou-se transtorno de identidade de gênero e depois disforia de gênero, naquela a categoria migrou de um subgrupo de transtornos psiquiátricos para um grupo alheio a eles, o das condições relacionadas à saúde sexual. Os autores concluem que a despatologização integra o próprio processo de evolução do conhecimento humano, contribuindo para a superação de preconceitos e discriminações historicamente associados a esse grupo. Em sentido semelhante, Bento e Pelúcio (2012) já assinalavam que a despatologização das identidades trans constitui não a supressão do cuidado, mas a politização de identidades até então tratadas como abjetas.

O sentido mais profundo da mudança é o deslocamento da morbididade. Ao retirar a incongruência de gênero do rol dos transtornos mentais e mantê-la na classificação apenas como condição relativa à saúde sexual, a OMS afirmou que existem evidências de que a incongruência de gênero não é um transtorno mental, preservando o registro tão somente para assegurar o atendimento às demandas específicas de saúde da população trans e reduzir o estigma. A morbididade, portanto, não está em quem o sujeito é; está no sofrimento - a disforia - e em seus efeitos somáticos e psíquicos, decorrentes da incongruência entre o que se diz do indivíduo e aquilo que ele vê de si. É essa premissa que orienta todo o cuidado em saúde afirmativa e que, como se verá, a nova resolução do Conselho Federal de Medicina compromete.

3. As múltiplas formas de classificar o sexo e o gênero: entre a biologia e a cultura

A compreensão de que o gênero admite definição plural pressupõe reconhecer que nem mesmo o sexo biológico se reduz a um dado único e inequívoco. A biologia do desenvolvimento sexual humano opera por etapas distintas e sequenciais, cada uma das quais pode ser tomada como um critério de classificação

3.1 As dimensões biológicas do sexo

A literatura endocrinológica descreve o desenvolvimento sexual como um processo que se inicia na fecundação e se desdobra em fases sucessivas. Mello, Assumpção e Hackel (2005) explicam que o sexo cromossômico é estabelecido na fertilização, pela presença de um cromossomo X ou Y; que dele decorre a especialização das gônadas em testículos ou ovários; e que as demais diferenças entre os sexos resultam de efeitos secundários dos hormônios por elas produzidos, culminando na diferenciação dos genitais internos e externos. Podem-se, assim, distinguir ao menos as seguintes dimensões:

a) sexo cromossômico ou genético - definido pela composição dos cromossomos sexuais, tipicamente 46, XX ou 46, XY, mas sujeito a variações como as síndromes de Klinefelter (47, XXY) e de Turner (45, X);

b) sexo gonadal - determinado pela diferenciação da gônada indiferenciada em testículo ou ovário, sob comando de uma cascata de genes que inclui o SRY, no cromossomo Y, e genes autossômicos como SF-1, WT-1 e SOX9;

c) sexo hormonal - resultante do padrão de secreção e de ação dos hormônios sexuais, cuja variação pode dissociar-se das dimensões anteriores;

d) sexo fenotípico ou genital - expresso na configuração da genitália interna e externa e, na puberdade, no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Essas dimensões, em regra concordantes, podem divergir. As chamadas variações do desenvolvimento sexual - historicamente reunidas sob a rubrica do intersexo - evidenciam que a própria biologia não é rigorosamente binária: há indivíduos com cariótipo 46, XY e fenótipo feminino, e vice-versa, além de múltiplas configurações intermediárias (GUERRA JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2019). Daí a advertência de que a afirmação categórica de que não se pode mudar de sexo depende inteiramente de qual definição de sexo se adota - cromossômica, gonadal, hormonal ou fenotípica -, pois a resposta varia conforme o critério eleito.

3.2 As dimensões culturais do gênero

Se o próprio sexo comporta múltiplas leituras biológicas, o gênero acrescenta a essa complexidade uma camada de construção cultural. Costuma-se distinguir, no plano cultural e psicossocial, a identidade de gênero - a percepção íntima e pessoal de pertencer a determinado gênero, coincidente ou não com o sexo atribuído ao nascimento -, o papel de gênero - o conjunto de expectativas e comportamentos socialmente associados a cada gênero - e a expressão de gênero - o modo pelo qual o indivíduo manifesta seu

gênero na aparência e na conduta.

Não se trata, contudo, de opor um gênero puramente cultural a um sexo puramente natural. As próprias entidades médicas reconhecem que a identidade de gênero é fenômeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, hormonais e neurológicos, havendo estudos que sugerem a participação de genes relacionados ao dimorfismo sexual e da exposição fetal a hormônios em seu desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA *et al.*, 2025). A identidade de gênero, portanto, não é mero produto de escolha ou de influência ambiental, tampouco simples decorrência do sexo cromossômico: emerge da interação entre o biológico e o cultural.

A relevância dessa constatação para o presente estudo é direta. Quando a CID-11 substitui a linguagem do pertencimento a um sexo pela do gênero vivenciado, ela reconhece precisamente que o gênero pode ser definido por diferentes critérios e que a mera divergência entre o sexo atribuído e o gênero vivenciado não configura, por si, patologia. A norma que ignora essa pluralidade e ancora a restrição terapêutica na suposição de uma ordem sexual única e imutável parte de premissa que a ciência médica contemporânea não subscreve.

4. As terapias hormonais na afirmação de gênero

Duas modalidades de intervenção hormonal concentram a controvérsia normativa: o bloqueio puberal e a hormonioterapia cruzada. Convém descrevê-las com precisão, porque a resolução do Conselho Federal de Medicina lhes dispensa tratamentos distintos.

4.1 O bloqueio puberal

O bloqueio hormonal, também designado bloqueio puberal, consiste na interrupção ou inibição da produção ou da ação de determinados hormônios, mediante o emprego de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). O procedimento suspende temporariamente o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários próprios do sexo biológico, sem produzir, por si, alterações irreversíveis. Sua função, no contexto da afirmação de gênero, é oferecer ao adolescente tempo para consolidar sua identidade antes que a puberdade avance, evitando o sofrimento associado ao desenvolvimento de caracteres percebidos como incongruentes.

A referência aos estágios de Tanner é indispensável. A escala de Tanner descreve o desenvolvimento puberal em cinco estágios; o estágio I corresponde à fase pré-púbere e o estágio II ao início da puberdade. Sob a Resolução CFM nº 2.265/2019, o bloqueio somente poderia iniciar-se a partir de Tanner II, em caráter experimental e no âmbito de protocolos de pesquisa aprovados pelo sistema de ética em pesquisa, em hospitais universitários ou de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

4.2 A hormonioterapia cruzada

A hormonioterapia cruzada é definida, pela própria resolução vigente, como a administração de hormônios sexuais destinada a induzir características secundárias condizentes com a identidade de gênero do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025, art. 6º, § 1º). Empregam-se, conforme o caso, testosterona, para induzir caracteres sexuais secundários masculinos; estrogênio, para induzir caracteres femininos; e antiandrogênios, para atenuar efeitos da testosterona. Diferentemente do bloqueio, a hormonioterapia cruzada produz modificações corporais em parte permanentes, o que reforça a exigência de avaliação criteriosa, consentimento e acompanhamento — sem que disso decorra, todavia, justificativa para a vedação absoluta a toda uma faixa etária.

5. A mudança de paradigma do Conselho Federal de Medicina: da Resolução 2.265/2019 à Resolução 2.427/2025

O contraste entre os dois regimes é a chave da controvérsia. A Resolução CFM nº 2.265/2019 vedava a hormonioterapia cruzada antes dos dezesesseis anos (art. 9º), determinava o acompanhamento multiprofissional dos pré-púberes sem intervenção hormonal ou cirúrgica (art. 9º, § 1º) e admitia o bloqueio hormonal a partir de Tanner II, em protocolo de pesquisa (art. 9º, § 2º). Estruturava-se, portanto, sobre um modelo gradual e vinculado à pesquisa científica, que reconhecia a legitimidade das intervenções desde que cercadas de cautelas.

A Resolução CFM nº 2.427/2025 inverte a lógica. Seu art. 5º veda ao médico prescrever bloqueadores hormonais para o tratamento de incongruência ou disforia de gênero em crianças e adolescentes, ressaltando apenas as indicações clássicas, como a puberdade precoce. Seu art. 6º, § 2º, veda a hormonioterapia cruzada antes dos dezoito anos. O acesso que antes se admitia de modo gradual e assistido passa a ser interditado até a maioridade, salvo, por força do art. 10, para quem já estivesse em uso de terapia hormonal ou de bloqueadores.

A exposição de motivos da nova resolução fundamenta a mudança em três eixos: a alegada fragilidade das evidências que sustentam as intervenções, o fenômeno da destransição e o risco de arrependimento. Invoca estudos segundo os quais parcela expressiva das crianças diagnosticadas na primeira infância reconciliaria sua identidade de gênero com o sexo de nascimento no curso da puberdade, bem como a experiência de países que restringiram o uso de bloqueadores, com destaque para a revisão independente encomendada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, conhecida como Cass Review (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025).

Registre-se, contudo, um dado que a própria exposição de motivos admite e que será relevante à análise de legalidade: ao descrever os estudos sobre desfechos em saúde mental, o texto reconhece que intervenções médicas de afirmação de gênero foram associadas a menores chances de depressão e de ideação suicida, e que a terapia hormonal se associou a aumento da qualidade de vida e à diminuição de depressão e ansiedade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025). A resolução, portanto, não nega os benefícios; opta por sobrepor-lhes a preocupação com o arrependimento, a partir de estimativas que ela mesma reconhece heterogêneas e situadas, quanto ao arrependimento

em sentido estrito, em faixas reduzidas.

6. O conflito com o bloco de proteção integral: a convenção, o estatuto e o Sistema Único de Saúde

A restrição etária imposta pela resolução deve ser confrontada com o conjunto de normas que asseguram à criança e ao adolescente o direito à saúde integral, dotadas de estatura que o ato administrativo do conselho profissional não pode contrariar.

6.1 A Convenção sobre os Direitos da Criança

A Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Decreto nº 99.710/1990, reconhece, em seu art. 24, o direito da criança de gozar do *melhor padrão possível de saúde* e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde, comprometendo-se os Estados-partes a envidar esforços para que nenhuma criança seja privada do acesso a tais serviços (BRASIL, 1990a). O parâmetro convencional não é o do padrão mínimo, mas o do *melhor padrão possível* - o que impõe interpretar restritivamente qualquer limitação de acesso que não encontre respaldo científico robusto.

O art. 39 da Convenção, por sua vez, obriga os Estados-partes a adotar todas as medidas apropriadas para estimular a recuperação física e psicológica e a reintegração social de toda criança vítima, entre outras situações, de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, determinando que essa recuperação se dê em ambiente que estimule a saúde, o respeito próprio e a dignidade da criança (BRASIL, 1990a). A proscrição do tratamento degradante e o mandamento de recuperação psicológica em ambiente que preserve a dignidade fornecem chave interpretativa relevante: negar a um adolescente o cuidado que atenua seu sofrimento, empurrando-o à desassistência, tensiona diretamente esses comandos.

6.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente

No plano interno, o art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura o direito à proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990b). O desenvolvimento sadio e harmonioso, aqui, não se limita à dimensão física: abrange o equilíbrio psíquico e a possibilidade de o adolescente desenvolver-se em congruência consigo mesmo.

Mais específico ainda é o art. 11 do Estatuto, que assegura o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990b). O termo *integral* é normativo: veda recortes que excluam categorias inteiras de cuidado ou faixas etárias inteiras da assistência de que necessitam.

A esse quadro somou-se, mais recentemente, o art. 11-A, acrescido ao Estatuto

pela Lei nº 15.413, de 21 de maio de 2026, que assegura às crianças e aos adolescentes o acesso a programas de saúde mental promovidos pelo SUS para a prevenção e o tratamento de agravos de saúde mental. Seu § 3º é particularmente eloquente ao garantir às crianças e aos adolescentes em situação de vulnerabilidade que estejam em tratamento de agravos de saúde mental o acesso a todos os recursos terapêuticos, de forma gratuita ou subsidiada, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas (BRASIL, 2026).

A conjugação dessas disposições delinea um regime de acesso integral: o adolescente que sofre agravo de saúde mental - e a disforia de gênero, quando presente, produz efeitos dessa ordem - tem direito assegurado por lei ao conjunto dos recursos terapêuticos indicados ao seu caso. Ora, a Resolução CFM nº 2.427/2025, ao vedar de modo absoluto o bloqueio puberal e ao postergar a hormonioterapia cruzada para depois dos dezoito anos, subtrai do adolescente transgênero precisamente os recursos terapêuticos que a literatura médica reconhece como indicados, inviabilizando, na prática, o acesso integral que a lei ordena.

7. A repatologização velada: o risco de arrependimento como retorno ao paradigma superado

O fundamento nuclear da resolução - o risco de arrependimento e o fenômeno da destransição - merece exame crítico, pois é nele que se revela o retorno ao paradigma que a CID-11 buscou superar.

Ao erigir o risco de arrependimento em razão determinante da vedação, a resolução parte de uma premissa implícita: a de que a transição atenta contra uma ordem predefinida, à qual seria desejável, sempre que possível, reconduzir o indivíduo. É essa premissa que confere ao arrependimento o peso de fundamento normativo. Sucede que ela reintroduz, por via oblíqua, exatamente a lógica da patologização do ser: trata a identidade transgênero não como uma das formas possíveis de vivência do gênero, mas como um desvio de uma norma sexual fixa, cuja correção espontânea - a desistência, a destransição - seria o desfecho preferível. A morbidade, que a CID-11 deslocara para o sofrimento, é sub-repticiamente recolocada na própria identidade do sujeito.

Há, ademais, um problema de coerência interna. Como visto, a própria exposição de motivos reconhece que as intervenções se associam à redução de depressão e de ideação suicida e à melhora da qualidade de vida, e situa o arrependimento em sentido estrito em faixas reduzidas, distinguindo-o da mera descontinuação do tratamento - que frequentemente ocorre sem arrependimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025). Fundar a vedação absoluta em um risco que a própria norma admite ser minoritário, em detrimento de benefícios que ela própria reconhece, revela desproporção entre o meio eleito e o fim protetivo alegado.

As entidades científicas que atuam diretamente no cuidado dessa população convergiram nessa crítica. Em posicionamento conjunto, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e outras associações de especialidades sustentaram que as diretrizes internacionais admitem o início da terapia hormonal a partir dos dezesseis anos para adolescentes com capacidade de compreender e consentir, e que postergá-la por mais dois anos, sem evidências que o justifiquem, pode acarretar danos emocionais e

psiquiátricos, além de estimular o uso de hormônios sem acompanhamento médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA *et al.*, 2025). No mesmo sentido, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade advertiu que a privação do acompanhamento em saúde empurra crianças e adolescentes à clandestinidade e à insegurança, contrariando os dados de realidade sobre o adoecimento dessa população frente à desassistência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2025).

Também a Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana e entidades congêneres registraram que a resolução, em vez de ampliar as práticas consolidadas, criou novas barreiras ao cuidado, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade e para o agravamento do sofrimento das pessoas trans e de suas famílias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS EM SEXUALIDADE HUMANA *et al.*, 2025). O conjunto dessas manifestações confirma que o suposto zelo protetivo produz, no plano dos fatos, o efeito inverso ao que proclama.

8. A ilegalidade da Resolução CFM nº 2.427/2025

Das premissas assentadas decorre a tese central deste estudo: a Resolução CFM nº 2.427/2025 é ilegal, sob duplo aspecto - formal e material.

8.1 O vício formal: a ausência do debate interdisciplinar prévio

A resolução revogada resultou de amplo processo de construção interdisciplinar. Da sua elaboração participaram, além do plenário do conselho, representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Psicologia, do Conselho Federal de Serviço Social e de diversas sociedades de especialidades médicas com interface no tema - psiquiatria, endocrinologia, cirurgia plástica, urologia e pediatria -, ouvindo-se ainda lideranças de movimentos sociais, familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico de incongruência de gênero e gestores de serviços de saúde. O próprio conselho, ao reconhecer a transversalidade da matéria, admitiu que o tema exige a contribuição de vários saberes.

Há aqui um imperativo de coerência administrativa. Se o Conselho Federal de Medicina, ao regulamentar a matéria, reputou necessária a oitiva de múltiplas especialidades e de outros conselhos profissionais, não pode revogá-la e substituí-la por regime mais restritivo sem submeter-se ao mesmo procedimento, ou, ao menos, sem demonstrar de modo fundamentado porque esses saberes se tornaram prescindíveis. A Administração vincula-se às razões que enuncia; tendo reconhecido a transversalidade do tema, incumbia-lhe, no mínimo, dialogar com esses outros saberes antes de normatizar de forma isolada. A supressão do debate interdisciplinar que caracterizou a norma anterior configura, assim, vício de forma apto a comprometer a validade do novo ato.

8.2 O vício material: a restrição do acesso à saúde consagrado em lei

No plano material, a ilegalidade decorre do confronto já demonstrado com o bloco de proteção integral. Um ato administrativo normativo, editado por conselho pro-

fissional no exercício de sua competência para disciplinar o exercício ético da medicina, não pode restringir direito assegurado por norma de hierarquia superior. Ao vedar de modo absoluto o bloqueio puberal e ao postergar a hormonioterapia cruzada para depois da maioridade, a resolução restringe o acesso à saúde nos termos consagrados pela Convenção sobre os Direitos da Criança (art. 24, *melhor padrão possível*), pelo ECA (arts. 7º e 11) e, de modo expresso, pelo art. 11-A, § 3º, do Estatuto, que garante o acesso a todos os recursos terapêuticos.

Acresce o vício de motivação. A resolução invoca a revisão independente do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido - *Cass Review* - como suporte da vedação. Ocorre que o relatório invocado não legitima a proibição pura e simples dos bloqueadores; ao contrário, o acesso à hormonioterapia a partir dos 16 anos permanece disponível, mas recomenda cautela: deve haver uma justificativa clínica clara para administrar hormônios nessa fase, em vez de esperar até que o indivíduo complete 18 anos, todos os casos considerados para tratamento médico devem ser discutidos em uma equipe multidisciplinar (EMD) e devem ser oferecidos no âmbito de protocolo de pesquisa, dados os benefícios definidos apenas em circunstâncias específicas e os riscos a investigar - exatamente o modelo que a Resolução CFM nº 2.265/2019 já adotava. Estando a Administração vinculada às razões que enuncia, a invocação de um fundamento que não sustenta a conclusão adotada agrava o vício material da norma.

Por fim, a repatologização velada, analisada na seção anterior, reforça o vício de conteúdo. Ao fundar-se em um risco abstrato de arrependimento e ao pressupor uma ordem sexual predefinida, a resolução contraria o paradigma científico consolidado na CID-11 e adotado pela própria OMS, incorrendo em desvio em relação ao estado da arte que deveria informar o ato normativo em matéria de saúde.

8.3 O tratamento da questão pela via judicial

A litigiosidade em torno da resolução ilustra a controvérsia. Na Reclamação Constitucional nº 84.653, o STF restabeleceu a vigência da norma ao suspender a decisão da Justiça Federal do Acre proferida na Ação Civil Pública nº 1008098-36.2025.4.01.3000; importa observar, todavia, que a liminar se fundou em questão estritamente processual - a inadequação da via eleita, por se tratar de causa de pedir típica de controle concentrado, privativo do Supremo, sem enfrentar a validade material da resolução (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2025). A validade de fundo permanece, pois, aberta ao exame do Tribunal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.806 e nas Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.221 e nº 1.223, que tramitam sob relatoria do ministro Cristiano Zanin e se encontram em fase de instrução, com requisição de informações ao conselho, ao Ministério da Saúde e aos centros de referência.

No plano das instâncias ordinárias, tutela de urgência autorizou o uso de bloqueadores hormonais para uma adolescente de 13 anos em Porto Alegre. O desembargador federal Roger Raupp Rios entendeu que a vedação da norma do CFM não poderia ser aplicada de forma automática, desconsiderando a realidade individual da paciente. O magistrado aplicou uma interpretação protetiva da própria exceção prevista no Art. 10 da Resolução do CFM (que isenta quem já estava em tratamento), garantindo a continuidade do cuidado de saúde integral da adolescente (TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO).

Considerações finais

O percurso desenvolvido permite retornar ao problema inicial com uma resposta fundamentada. A distinção entre doença, transtorno e sofrimento revelou que a morbidade eventualmente associada à condição transgênero reside no sofrimento - a disforia - e não na identidade da pessoa. A mudança de paradigma entre a CID-10 e a CID-11 consagrou esse deslocamento, ao retirar a incongruência de gênero do rol dos transtornos mentais e ao substituir a linguagem do pertencimento a um sexo pela do gênero vivenciado, reconhecendo a pluralidade de critérios - biológicos e culturais - pelos quais o sexo e o gênero podem ser definidos.

À luz desse paradigma, a Resolução CFM nº 2.427/2025 representa um retrocesso. Ao vedar o bloqueio puberal e ao postergar a hormonioterapia cruzada para depois dos dezoito anos, funda-se em um risco abstrato de arrependimento e em uma premissa de ordem sexual predefinida que reintroduzem, de modo velado, a patologização do ser que a ciência médica declarou superada. Com isso, incorre em ilegalidade formal, por suprimir o debate interdisciplinar que legitimara a norma revogada, e material, por restringir o acesso à saúde integral assegurado pela Convenção sobre os Direitos da Criança, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde - de modo expresse pelo art. 11-A, § 3º, do Estatuto, que garante o acesso a todos os recursos terapêuticos.

A tutela da criança e do adolescente transgênero não se realiza pela interdição do cuidado, mas pela sua oferta responsável, gradual e assistida. O verdadeiro zelo protetivo consiste em assegurar acompanhamento especializado, consentimento informado e monitoramento - e não em empurrar à clandestinidade e ao sofrimento aqueles a quem se pretende proteger. Cabe agora ao Supremo Tribunal Federal, no julgamento das ações que tramitam sob relatoria do ministro Cristiano Zanin, dar a última palavra sobre a validade da norma, à luz do direito fundamental à saúde e do princípio da proteção integral com absoluta prioridade.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 22 nov. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 jul. 1990b.

BRASIL. Lei nº 15.413, de 21 de maio de 2026. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para assegurar o acesso a programas de saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2026.

CASELL, Eric J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, n. 11, p. 639-645, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.427, de 8 de abril de 2025. Revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 abr. 2025.

GUERRA JÚNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas (org.). *Menino ou menina? Os distúrbios da determinação e diferenciação do sexo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2019.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.. A prática da medicina clínica. *Medicina interna de Harrison*, 21. ed., v. 1, p. 1-7, Porto Alegre: Amgh, 2023.

MELLO, Maricilda Palandi de; ASSUMPÇÃO, Juliana Gabriel Ribeiro de; HACKEL, Christine. Genes envolvidos na determinação e diferenciação do sexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 14-25, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*: CID-10. Genebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*: CID-11. Genebra: OMS, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA *et al.* Posicionamento conjunto sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.427/2025, que revisa os critérios éticos e técnicos para o atendimento a pessoas com incongruência e/ou disforia de gênero. São Paulo: SBEM, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS EM SEXUALIDADE HUMANA *et al.* Nota coletiva sobre a Resolução nº 2.427/2025 do Conselho Federal de Medicina. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Nota da SBMFC sobre a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.427, de 8 de abril de 2025.

SOMBRA NETO, Luiz Lopes; LUZ, José Hícaro Hellano Gonçalves Lima. Do transexualismo à incongruência de gênero: a despatologização na evolução das classificações diagnósticas para identidades trans. *Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental*, v. 3, n. 1, 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.806/DF* (apensadas as Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1.221 e nº 1.223). Relator: Min. Cristiano Zanin. Brasília, DF, 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Reclamação Constitucional nº 84.653*. Relator: Min. Flávio Dino. Brasília, DF, 2025.

SZASZ, Thomas Stephen. *O mito da doença mental*. Tradução de Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO. TRF4 autoriza bloqueio hormonal para adolescente trans e afasta restrição de resolução do CFM. *Portal de Notícias do TRF4*, Porto Alegre, 16 jun. 2026.