

## PARECER TÉCNICO Nº 26/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021

### COBERTURA: PROCESSO TRANSEXUALIZADOR OU DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente regulamentado pela RN n.º 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados, conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR, também chamado de REDESIGNAÇÃO SEXUAL ou TRANSGENITALIZAÇÃO ou MUDANÇA DE SEXO ou AFIRMAÇÃO DE GÊNERO, entendido como um conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados no âmbito do atendimento de pessoas transgênero ou com incongruência de gênero, encontra-se disciplinado atualmente pela Portaria GM/MS 2803/2013 e pela Resolução CFM n.º 2265/2019.

Embora o processo transexualizador ou de afirmação de gênero não esteja listado na RN n.º 465/2021, os beneficiários transgênero ou com incongruência de gênero, com diagnóstico de transtornos da identidade sexual (CID10 F.64) terão assegurada a cobertura de alguns dos procedimentos que se encontram listados no rol vigente e não possuem diretriz de utilização, uma vez indicados pelo seu médico assistente.

Neste sentido, procedimentos como MASTECTOMIA; HISTERECTOMIA; OOFORRECTOMIA OU OOFOROPLASTIA; TIROPLASTIA, dentre outros, que constam listados no rol sem Diretriz de Utilização e não possuem qualquer restrição de cobertura expressa no nome do procedimento, nos termos do Art. 6º, §1º, inciso I, da RN nº 465/2021, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, ainda que no âmbito do processo transexualizador.

Vale destacar que compete ao CFM a definição dos critérios de elegibilidade para a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, atualmente dispostos na Resolução n.º 2265/2019.

Por sua vez, o artigo 10, inciso IX, da Lei 9656/98, bem como o artigo 17, parágrafo único, inciso I, da RN 465/2021, exclui das coberturas obrigatórias os procedimentos clínicos ou cirúrgicos experimentais.

Sendo assim, considerando o disposto no artigo 10, da Lei 9656/98 e no artigo 17, parágrafo único, inciso I, da RN n.º 465/2021, bem como as regras definidas pelo CFM para a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, caberá ao médico assistente responsável pela indicação do procedimento a verificação do cumprimento desses pré-requisitos como parte do regular exercício ético de suas atividades profissionais.

Na hipótese de a operadora divergir quanto ao atendimento aos critérios supramencionados, poderá recorrer ao instituto da Junta Médica para dirimir divergência técnico-assistencial, normatizado pela Resolução Normativa nº 424/2017 e suas atualizações.

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias em saúde, regulamentada pela RN n.º 439/2018, bem como a definição de regras para sua utilização, é definida por meio de sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>).

Neste sentido, procedimentos ainda não incluídos no rol poderão ser avaliados a partir de estudos clínicos que demonstrem os benefícios para os pacientes, desde que cumpram o fluxo estabelecido pela RN n.º 439/2018.

Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

**Gerência de Assistência à Saúde – GEAS**

**Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS**

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**