



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**ADOLESCENTES E O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: DADOS DE
UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESCOLA PÚBLICA EM
SERGIPE-BRASIL**

MANOELA PELLEGRINI GALVÃO

ARACAJU

2018

MANOELA PELLEGRINI GALVÃO

**ADOLESCENTES E O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: DADOS
DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESCOLA PÚBLICA EM
SERGIPE-BRASIL**

Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção de
título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Rosana Cipolotti

ARACAJU

2018

MANOELA PELLEGRINI GALVÃO

**ADOLESCENTES E O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: DADOS DE
UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESCOLA PÚBLICA EM
SERGIPE-BRASIL**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção de título de bacharel em Medicina.

Autora: _____

Manoela Pellegrini Galvão Graduando

Orientadora: _____

Prof. Dra. Rosana Cipolotti

Examinador: _____

Prof. MSc. José Wilson Viana Júnior

ARACAJU-SE

2018

MANOELA PELLEGRINI GALVÃO

**ADOLESCENTES E O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: DADOS DE
UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESCOLA PÚBLICA EM
SERGIPE-BRASIL**

Monografia apresentada ao Departamento de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe
como pré-requisito obrigatório para obtenção de
título de bacharel em Medicina.

Aprovado em: ____/____/____

Examinador 1

Examinador 2

Examinador 3

ARACAJU

2018

Dedico este trabalho a todas as minorias, em especial, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis/transsexuais/ transgêneros e queer, por me impulsionar a fazer uma medicina mais acolhedora, que agrega, soma e produz saúde no maior aspecto possível nos seus dias e faz a medicina virar arte em forma de arco-íris.

“(...) Onde o amor fala, faz-se presente e, sobremaneira, põe-se em ação, desde as expressões singelas da bondade cotidiana aos píncaros gloriosos dos grandes lances de renúncia e martírio...

A perversidade é neutralizada.

O cinismo dissipa-se, como brumas ao vento.

O desespero se dilui com a pujante força da esperança.

Os problemas são clareados e encontram solução, em etapas, aos magotes ou até miraculosamente.

A inteligência se ilumina e transfunde-se em intuição e sabedoria, propelindo à transcendência.

O medo desaparece, como a escuridão ao golpe da luz! (...)”

MARIA

Intermediação do Espírito Eugênia-Aspásia

Médium: Benjamin Teixeira de Aguiar

“Não somos o que sabemos, somos o que estamos dispostos a aprender.”

Paulo Campos

“A menor minoria na Terra é o indivíduo. Aqueles que negam os direitos individuais não podem se dizer defensores das minorias.”

Ayn Rand

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade que ampara a todos. À diversidade que nos faz diferentes e essencialmente iguais. À família pela paciência e espera. Aos amigos, pela cumplicidade de momentos delicados e outros felizes, em particular: Alexia, Hiuller, Hugo, Gabriel Amâncio, Mariana Cunha, Thayana, Arthur, Rafael, Mayara e Elias.

À Liga de Pediatria da Universidade Federal de Sergipe, pelo belíssimo trabalho de extensão “Laped na Escola”, através do qual pude desenvolver esse trabalho de conclusão de curso.

À orientadora e companheira Rosana Cipolotti, por ter abraçado a causa.

À ginecologista e sexóloga Jacqueline, por toda atenção e dedicação.

Aos alunos da escola participantes do projeto de extensão promovido pela Laped.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CID	Código Internacional de Doenças
CRS	Cirurgia de Redesignação Sexual
CW	Mulher Cisgênero
DG	Disforia de Gênero
DNA	Ácido Desiboxirribonucléico
DSD	Doença do desenvolvimento sexual/ anomalia cromossômica
DSM-V	Manual de Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FtM	Female-to-Male
GMV	Volume Regional de Substância Cinzenta
HIV	Vírus da Imunossuficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PSE	Programa Saúde na Escola
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis/Transexuais/Transgêneros
LGBTQ+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Trangêneros, Queer e Mais
MS	Ministério da Saúde
MtF	Male-to-Female
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
RMI	Ressonância Magnética
TW	Mulher Transgênero
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria

TGEu	Transgender Europe
TIG	Transtorno de Identidade de Gênero

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1 – Quantidade de participantes, porcentagem de participação e média de idade dos participantes.

TABELA 2 – Análise estatística da proporção de acertos.

FIGURA 1 – Quantidade de acertos obtidos antes e depois da intervenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1. EPIDEMIOLOGIA	14
2.2. FISIOLOGIA	16
2.3. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DA CONCEPÇÃO À ADOLESCÊNCIA.....	18
2.3.1. A BUSCA PARA DESPATOLOGIZAÇÃO.....	19
2.3.2. QUESTÕES REFERENTES À POPULAÇÃO LGBTQ+	21
2.3.3. HORMONIOTERAPIA	22
2.3.4. AS CONQUISTAS LEGAIS	23
2.4. SAÚDE, ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE DE GÊNERO	23
2.5. O PAPEL DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO	24
2.5.1. OS BRINQUEDOS E SUAS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES.....	25
2.6. O PAPEL DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO	26
2.7. JUSTIFICATIVA	26
2.8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
3. REGRAS PARA PUBLICAÇÃO	32
4. ARTIGO CIENTÍFICO	64
RESUMO	65

ABSTRACT.....	66
INTRODUÇÃO	67
MÉTODOS	69
RESULTADOS.....	70
DISCUSSÃO	72
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE.....	80

1. INTRODUÇÃO

A adolescência por si só é uma fase de muitas revoluções internas e externas, mistérios surgem, expectativas são descortinadas, curiosidades são vivenciadas em pensamento ou ação, os grupos e as tribos vão se transformando em verdadeiros nichos dentro de um só setor social, como escola, família, agrupamentos religiosos e times. Os questionamentos só crescem, juntamente com as crises, à medida que os marcos do desenvolvimento fisiológico vão tendo formas e estruturas. É então que a razão da existência, do como, por quê, onde, para onde, tomam proporções perceptíveis pelo indivíduo que internaliza e busca respostas, condutas e experimentações. As pessoas próximas também percebem tais momentos, quando externalizados ou não.

O crescer para o futuro que não é ainda palpável gera angústias, preconceitos, violência, vulnerabilidade, tanto pessoal quanto interpessoal. Essa é a população que mais se coloca em risco no trânsito, nas infecções sexualmente transmissíveis, enfrentam casos complexos de *bullying* na escola, violência física, verbal e sexual, automutilação, comportamento suicida, desordens mentais tais como anorexia e bulimia, transtorno depressivo e ansioso e mau rendimento escolar.

As transformações fisiológicas são significativas e a percepção do mundo sem ingenuidade, mas real e muitas vezes categórico e rígido, deixam os indivíduos da transição confusos, indecisos, temperamentais e um tanto revoltados. As responsabilidades vêm abruptamente com a necessidade de se tornar adulto jovem e independente. Como lidar com as demandas externas se as internas também estão pedindo atenção?

Falar sobre os tabus ainda presentes na sociedade faz com que as crianças e adolescentes comecem a se perceber fazendo parte de um todo sem esquecer da parte. Expor as múltiplas facetas da realidade faz com que o espírito crítico e até mesmo tolerável nasça ou permaneça cultivados em suas mentes, podendo transformar o futuro ou mesmo o núcleo social, familiar e amical em que se esteja inserido, posto que uma vez com novas ideias para defendê-las, darão voz aos assuntos que hoje ainda são ocultos, estigmatizados, tabus, oprimidos e desfavoráveis.

Falar sobre identidade de gênero e sexualidade em um ambiente escolar no qual os adolescentes têm suas tribos, responsabilidades e exercícios de convivência com o que para eles

é diferente, faz com que cheguemos o mais próximo da realidade integralmente do que em serviço ambulatorial. Fazer dinâmicas e ouvi-los faz com que eles mesmos se questionem sobre o que falar, e faz com que estejam mais abertos para o novo e para realidades talvez antes desconhecidas ou veladas.

Fazer dinâmicas em grupos de forma lúdica e leve com assuntos sobre como se sente um integrante do grupo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Trangêneros, Queer+ (LGBTQ+), mais especificamente sobre o que é transexualidade, como lidar se um parente, amigo ou colega de escola ou de trabalho pertencer ao grupo LGBTQ+, se as condições da infância influenciam na identidade de gênero do adulto, tudo isso faz com que, além de avaliar os conceitos e informações que os adolescentes já possuem, talvez se possa desmistificar, quebrar padrões preestabelecidos e desconstruir e fazer com que os próprios adolescentes construam conceitos novos e mais livres, sem desrespeito nem imprudência.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

A adolescência, que representava um grupo social invisível até meados da década de 1970, passou a ser vista como problema social, com imprescindível atenção e proteção familiar e estatal, até que, foi percebido como sendo sujeito de direitos (OPAS, 2017).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens. (MS, 2010).

Em 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de adolescentes na população brasileira era de 17,9% (34 milhões de pessoas). A grande maioria (84%) dos adolescentes e jovens brasileiros vive em áreas urbanas (IBGE, 2002). O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente/jovem, que tende a ser decrescente nos próximos anos e décadas (IBGE, 2010; OPAS, 2017).

Em 2004, 8,9% do grupo etário de 5 a 17 anos estava sem estudar. Já em 2008, 97,5% das crianças entre 6 e 14 anos e 72,8% de 4 e 5 anos estavam frequentando a escola. No entanto, o analfabetismo funcional chega a 30 milhões de pessoas acima de 15 anos de idade. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

Com respeito a vulnerabilidades e riscos na adolescência, 58,7% das mortes entre 15-19 anos foram decorrentes de agressões físicas, seguidas por lesões autoprovocadas e afogamento. Na faixa dos 10-14 anos, a primeira causa foi acidente de transporte, seguida por afogamentos e lesões autoprovocadas. As adolescentes de 15-19 anos morrem em consequência de lesões autoprovocadas em proporção maior do que o sexo masculino. A taxa de homicídios entre 15-24 anos teve aumento de 31,3% de 1999 até 2006. A proporção de indivíduos do sexo masculino que foram a óbito por suicídios em 2006 foi de 79% (OPAS, 2017).

Os índices de violência juvenil são alarmantes: 50% das agressões (sexual, psicológica-moral, física, negligência-abandono e financeira-patrimonial) ocorreram em

ambiente doméstico, seguido pela via pública (17%). Os atos violentos de repetição alcançaram um índice de 38%. Os prováveis autores de agressões foram pessoas conhecidas (pai, amigos e conhecidos) em 32% dos casos (MS, 2010).

A violência por parceiro íntimo (VPI) afeta uma proporção significativa da população mundial. No âmbito global, 30% das jovens com idade entre 15 e 19 anos experienciam VPI em seus relacionamentos. Uma revisão integrativa da literatura verificou que os meninos cometem mais agressão física e as meninas cometem mais agressão psicológica (FONSCECA *et al*, 2017).

Nos registros do VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes), no sexo feminino, em todas as idades, o tipo de violência sexual que teve a taxa mais alta (56%) foi o estupro, seguido do atentado violento ao pudor (29%), enquanto que no sexo masculino, em todas as idades, o atentado violento ao pudor correspondeu a 67% e o assédio a 17%. (VIVA, 2017).

Sobre hábitos de vida, 35% de adolescentes menores de 18 anos de idade já consumiram bebida alcoólica ao menos uma vez por ano e 24% bebem pelo menos, uma vez ao mês. Não há diferença significativa entre os gêneros. Dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes, em contrapartida os que ingerem bebidas alcoólicas as consomem em grandes quantidades (VIVA, 2017; PROJETO GENACIS, 2007).

Em 2007, 80% dos casos novos de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por meio de transmissão sexual no Brasil foram do grupo etário de 13 a 24 anos, com predomínio do sexo masculino e um pouco mais na população homem homossexual ou bissexual; por outro lado, houve diminuição de transmissão de HIV por uso de droga injetável. (SINAM, 2007). Paradoxalmente, essa é a faixa etária que mais faz uso de preservativos nas relações sexuais, sendo que os homens usam com maior frequência do que as mulheres. (OPAS, 2017).

No ano de 2015 observou-se que 27% dos escolares brasileiros de 13 a 15 anos já tinham tido relações sexuais, 59,7% usaram preservativos na primeira relação sexual e 60,3% referiam ter usado preservativo na última relação sexual (IBGE, 2015). Observa-se que 56% dos partos de mulheres brasileiras ocorrem entre 10 e 24 anos, sendo 21 anos a média de idade para o primeiro filho (MS, 2007).

Reconhecendo-se a vulnerabilidade do grupo jovem às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das dificuldades socioeconômicas e políticas brasileiras, bem como à resistência dos adolescentes e adultos jovens em procurar por assistência à saúde, o MS direcionou atendimento especializado à faixa etária de 10 a 24 anos. É necessário enfatizar que

a produção de saúde para adolescentes e jovens não se faz sem que haja fortes laços entre o setor saúde e a própria comunidade e a escola (MS, 2013).

A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e a da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993 consagraram uma nova abordagem para políticas de proteção integral para infância e juventude (ECA, 1990).

2.2. FISIOLOGIA

A adolescência pode ser definida ou compreendida de diferentes formas. Para a antropologia, é uma etapa sociocultural que começa com os ritos de passagem e se encerra com a chegada à idade adulta, de acordo com as normas sociais vigentes. Na saúde, trata-se de um período de crescimento e desenvolvimento do ser humano (MODENA; NOGUEIRA.; SCHALL; 2008).

Pela OMS, adolescência consiste em uma fase do desenvolvimento humano, situada entre a infância e a idade adulta e delimitada cronologicamente, dos 10 aos 20 anos de idade. Importante ressaltar que a cronologia serve para os programas de atenção a saúde, e que cada indivíduo tem seu período de desenvolvimento, sendo este, um processo dinâmico com mudanças físicas, emocionais, psíquicas e socioculturais (SCHMTZ et al, 2018).

O desenvolvimento e a maturação sexual podem ser acompanhados utilizando-se os critérios de Marshall e Tanner (SBP, 2017), seguindo etapas hierárquicas em condições normais. Em ambos os sexos, avalia-se a quantidade e distribuição dos pelos púbicos (P). Para o sexo feminino, observa-se a evolução do desenvolvimento mamário (M) e, para o sexo masculino, o desenvolvimento da bolsa escrotal e do pênis (G), juntamente com a avaliação do volume testicular utilizando-se o orquímetro de Prader (SBP, 2017).

A puberdade feminina inicia-se em média aos 7-9 anos, mais precocemente quando comparada aos meninos (9-10 anos). A primeira manifestação clínica na menina é o aparecimento do broto mamário (telarca) em resposta ao início da produção estrogênica pelos ovários. No menino, a primeira manifestação é o aumento de volume testicular atingindo 4 mL ou cm (SBP, 2017).

Nas jovens, a partir do início da puberdade e pelas ações hormonais, começam a ocorrer as modificações corporais para lhes dar capacidade reprodutiva. Assim, as meninas têm os processos de maturação das mamas e das formas corporais, com distribuição de tecido adiposo em quadris e mamas. A menarca ocorre cerca de 2 anos após o início da puberdade

(M2), geralmente no estágio M4 de Tanner (fase de desaceleração do crescimento, limitado a 4-6cm nos anos seguintes). Nos primeiros 2 a 4 anos da menstruação, pode ocorrer irregularidade (ciclos anovulatórios). No menino ocorre acentuação do crescimento biacromial, aumento da massa muscular, da força e da resistência física. A primeira ejaculação ocorre mais tardiamente, quando os testículos atingem de 10 a 12 mL de volume. No final da puberdade ocorre alteração da voz também pela ação hormonal (SBP, 2017). Trata-se de um período difícil e cheio expectativas, como lidar com processo do corpo adulto, capacidade reprodutiva, identidade sexual, responsabilidade, independência, maturidade emocional, escolha profissional (MS, 2013).

A adolescência inicial (10-13 anos) é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade; a adolescência média (14-16 anos) caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo de amigos com os quais o adolescente convive, e na adolescência tardia consolidam-se as etapas anteriores e o adolescente se prepara para assumir o mundo adulto. Na última fase, 17-20 anos, o adolescente estará a caminho da adultice juvenil (MS, 2013).

É interessante, também, enxergar o desenvolvimento psicossocial do adolescente como um exercício de aprendizagem acerca de si mesmo, que lhe possibilita alcançar, além da identidade, intimidade, integridade e independência. Para que a busca da identidade adulta, principal tarefa da adolescência, possa acontecer, é necessário que o jovem vivencie o luto por três grandes perdas: perda do corpo infantil e com isso adaptação do novo corpo em transformação; a perda dos pais da infância, por meio de conflitos interpessoais e dinâmicos; e a perda da identidade e do papel infantil, aceitação de responsabilidades e descobertas (SCHMITZ et al, 2018; MODENA; NOGUEIRA; SCHALL; 2008).

O processo de desenvolvimento da sexualidade está vinculado à definição da identidade sexual e manifesta-se por meio do autoerotismo e das práticas de masturbação. Quando o indivíduo consegue aceitar esse desenvolvimento complexo de modo fluido, surge uma nova roupagem de identidade e padrão (AVASUS, 2016).

A crise de identidade, que é importante para percepção e aceitação de tantas mudanças, quando de forma exacerbada pode levar a transtornos de conduta, mau rendimento escolar, transtorno depressivo e/ou ansioso, anorexia, bulimia, automutilação, promiscuidade, infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas lícitas e ilícitas. Esse comportamento peculiar e muitas vezes transgressor, aponta tanto para o entendimento do processo de desenvolvimento psicossocial pelo qual estão passando, como para a inadequação do meio ambiente em que

vivem, e podem ter como consequência a produção de rótulos na tentativa de nomear esse momento de vida (AVASUS, 2016).

2.3. CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DA CONCEPÇÃO À ADOLESCÊNCIA

A Associação Mundial para a Saúde Sexual, em setembro de 2014, declarou que direitos sexuais são baseados nos direitos humanos universais, que já são reconhecidos em documentos de direitos humanos domésticos e internacionais, em Constituições nacionais e leis, em padrões e princípios de direitos humanos, e em conhecimento científico relacionado à sexualidade humana e saúde sexual (JANSSEN; 2014).

A autopercepção da formação e expressão, começa desde idade tenra e perdura até consolidação do que se pretender ser em ideal. Assim sendo, entende-se por sexo biológico, as características fenotípicas e genotípicas, como os órgãos sexuais, nomeando-se de feminino, os que têm ou vão desenvolver mamas e os outros caracteres secundários, genitália interna e externa, e masculino os que nascem e desenvolvem pênis e os caracteres secundários (AVASUS, 2016).

Caracterizam-se como gênero cis ou cis-gênero os indivíduos que se consideram congruentes ao sexo que nasceram, ou seja, os que nasceram femininos e se sentem bem interna e externamente em se dizer e perceber feminino; e masculinos os que nasceram com fenótipos e genótipos condizentes a esse sexo e se percebem masculinos (COLEMAN, *et al*, 2011).

Os não-cisgêneros ou transexuais são os que se consideram incongruentes ao sexo de nascimento: os que nascem biologicamente em corpos femininos, mas se consideram masculinos, chamados de homem trans ou Female-to-Male (FtM) e os que nascem em corpos biologicamente masculinos, mas não se reconhecem como pertencentes a ele, chama-se, portanto, em uma visão binária (em que existe apenas a dicotomia homem e mulher), de mulher trans ou Male-to-Female (MtF) (AVASUS, 2016).

Além desses, os que não se consideram feminino ou masculino correspondem à variância de gênero ou gênero não-binário (COLEMAN, *et al*, 2011).

Orientação sexual consiste no modo de gostar afetiva e/ou sexualmente por outra pessoa; quando se trata de gostar do mesmo sexo biológico pertencente, dá-se o nome de homossexualidade; quando consiste em gostar dos sexos feminino e masculino, dá se o nome

de bissexualidade; ao gostar do sexo oposto ao seu chama-se de heterossexualidade; pansexualidade constitui em ter afinidade pelos gêneros cis e não-cis; e a não ter ou raramente ter afinidade sexual, dá-se o nome de assexualidade. Feitas as assertivas, pode-se ter uma mulher trans com sua respectiva orientação sexual (pansexual, assexual, bissexual, homossexual e heterossexual). Nenhum desses indivíduos ao se perceberem ou se denominarem assim são classificados como doentes ou com qualquer transtorno de ordem mental. Ao contrário, a esse leque denomina-se diversidade sexual (OPAS, 2017; AVASUS, 2016).

O desenvolvimento de características sexuais secundárias indesejadas é muitas vezes excepcionalmente angustiante. Alguns adolescentes que se sentem “diferentes” podem, a princípio, declarar uma orientação sexual de gays, lésbicas ou bissexuais, mas depois percebem que o que estão vivenciando está relacionado à discordância entre a identidade de gênero e a anatomia física. (SIMONS, LEIBOWITZ & HIDALGO; 2014).

Historicamente, identidade de gênero e orientação sexual já foram alvos de perseguição religiosa, criminalização ou identificados como portadores de transtornos psiquiátricos e internados em manicômios como doenças a serem erradicadas (AVASUS, 2016).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais- 5º edição (DSM-V) no qual se efetua uma mudança de terminologia de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) para Disforia de Gênero (DG) (DSM-V, 2013). A DG é marcada por sofrimento clinicamente significativo encontrado pela discordância entre sexo biológico e identidade de gênero, que perturba o funcionamento social ou escolar. A etiologia da variação de gênero é pouco compreendida. Nenhum fator singular foi identificado, e a etiologia é provavelmente multifatorial. (SIMONS, LEIBOWITZ & HIDALGO; 2014).

2.3.1. A BUSCA PARA DESPATOLOGIZAÇÃO

Falar do “homossexualismo”

A despatologização da orientação sexual já vem acontecendo, entretanto a de identidade de gênero, mais precisamente sobre transexualidade/travestis/transgêneros, é evento mais recente. O Código de Classificação de Doenças (CID 11), foi revisado e atualizado neste ano de 2018 pela OMS retirou a transexualidade e os travestis no capítulo de doenças que precisam ser “curadas” e os colocou na parte em “condições relativas a sexualidade” com nome

de “incongruência de gênero” para que os países continuassem a manter o atendimento das demandas em saúde dessa população e para desestigmatizar a forma de se perceber o público não cisgênero.

O CID 11 afirma que a incongruência de gênero não pode ser resultado de uma anomalia cromossômica (CID 11, 2018). Estudos sobre a base genética da identidade de gênero examinaram variantes de genes candidatos (receptor de estrogênio b, receptor de androgênio, CYP17, entre outros), mas nenhuma associação consistente foi encontrada. Entre esses, um estudo recente avaliou o cariótipo molecular de 128 crianças e adolescentes com suspeita de DG e não detectou nenhum distúrbio do desenvolvimento sexual ou anomalia cromossômica (PANG *et al*, 2018).

Estudo utilizando ressonância magnética de encéfalo documentou diferença na morfologia cerebral entre homens e mulheres adultos cis, mas não entre homens cis e mulheres trans. Os autores observaram também que ambos os grupos transgêneros exibiram menores volumes de massa cinzenta insulares, bilateralmente, do que o grupo de mulheres cis. Os resultados destacam diferenças na ínsula em ambos os grupos transgêneros, diferenças podem ser características peculiares a esses grupos (SPIZZIRIL *et al*, 2018).

Assim, as diferenças entre os sexos no cérebro, que reconhecidamente são amplamente determinadas pela exposição a hormônios esteróides durante um período sensível perinatal que altera as respostas hormonais e não hormonais ao longo da vida, aparentemente também dependem de genes localizados nos cromossomos sexuais. Pesquisas sugerem que experiências sociais precoces podem agir como influência epigenética (interação contínua entre genes e experiência, alterando a expressão dos genes mas não a sequência do DNA subjacente) que acabam moldando diferenças sexuais duradouras no cérebro e no comportamento na pessoa com DG (KALTIALA-HEINO *et al*, 2018).

Outra pesquisa identificou fatores psicossociais e biológicos, incluindo características de relacionamento entre pais e filhos, na exposição intra-uterina dos hormônios sexuais, na anatomia do cérebro e nos padrões de ativação e variações genéticas (Simons; Leibowitz & Hidalgo; 2014). Estudos investigaram a influência de esteróides sexuais circulantes em indivíduos cisgêneros e relataram as seguintes descobertas: (i) hormônios sexuais influenciam a organização da substância cinzenta em regiões corticais durante a adolescência e a idade adulta; (ii) aumento dos níveis de testosterona circulante durante a puberdade em meninos está associada a diferenças sexuais na amígdala e no hipocampo, e (iii), níveis aumentados de 17 β -estradiol em meninas estão relacionados a diferenças entre os sexos na substância cinzenta (SPIZZIRIL *et al*, 2018).

2.3.2. QUESTÕES REFERENTES À POPULAÇÃO LGBTQ+

A população LGBTQ+ tem os índices de saúde inferiores ao da população heterossexual. Estima-se que 1% da população mundial é composta por transexuais. A expectativa de vida de um transexual é de aproximadamente 45 anos; 90% dos trans recorrem ou recorreram alguma vez à prostituição. As taxas de desemprego, de profissionais do sexo, de demissão, de baixo nível de escolaridade, de abuso de substancias licitas e ilícitas, de infecções sexualmente transmissíveis, de problemas cardiovasculares, de abuso sexual, de transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e suicídio, todas são maiores nessa população, quando comparadas aos não LGBTQ+s (BALZER; LAGATA; BERREDO, 2016; ANTRA, 2017; SCANDURRA *et al*, 2018; BROOKS, *et al*, 2018). Segundo o Disque Denúncia 100, a maior parte das pessoas vítimas de alguma forma de violência era LGBTQ+ e tinha idade entre 19 a 24 anos (DISQUE DENÚNCIA, 2015). A cada 19h um membro da população LGBTQ+ é assassinado ou se suicida no Brasil. (BALZER; LAGATA; BERREDO; 2016).

Segundo o *Transgender Europe* (TGEu), o termo Transfobia externa consiste em denotar formas de violência, discriminação, ódio, desgosto, comportamento agressivo e atitudes negativas dirigidas a indivíduos ou grupos trans ou diante dos que não estão de acordo com as expectativas sociais e normas relacionadas ao mesmo (BALZER; LAGATA; BERREDO; 2016).

De acordo com o mesmo relatório houve 325 assassinatos de transgêneros registrados em 71 países entre 2016 e 2017. Desses, 52% ocorreram no Brasil (171), seguido do México (56) e dos Estados Unidos (25), sendo que menos de 10% dos homicídios resultaram em abertura de processo e punição dos assassinos. No Brasil, segundo o Grupo Gay da Bahia, houve aumento de 30% nos homicídios de 2017 a 2018 (BALZER; LAGATA; BERREDO, 2016; GGB, 2018).

Transfobia interna se refere às demandas e complexidades com as quais cada individuo LGBTQ+ terá que aprender a entender com os processos de si mesmo, conseguindo resiliência para vencer os percalços externos. Quanto mais cedo se percebe e procura ajuda, os índices de resiliência são maiores e por consequência os conflitos internos são resolvidos ou amenizados. Outro fator importante é a participação da família, tanto na identidade de gênero quanto na orientação sexual, pois quanto mais cedo o indivíduo se percebe e fala com a família e amigos

próximos, melhor será para alinhar pensamentos e ideais e fazer com que a família busque por instruções, seja de ordem psicológica, médica, grupos de apoio ou especialistas multiprofissionais (AVASUS, 2016; OPAS, 2017).

Transfobia internalizada pode ser definida como um desconforto sua própria identidade trans, devido à internalização das expectativas normativas de gênero da sociedade (SCANDURRA *et al.*, 2018).

2.3.3. HORMONIOTERAPIA

Não conformidade de gênero refere-se à medida para que a identidade de gênero, papel ou expressão de uma pessoa seja diferente das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo. Apenas algumas pessoas com não conformidade de gênero terão DG em algum momento de suas vidas. O tratamento está disponível para ajudar as pessoas com essa aflição a explorar sua identidade de gênero e encontrar um papel de gênero que lhes seja confortável (SPB, 2017; DE VRIES & COHEN-KETTENIS; 2012).

Estudos indicam que, com hormonioterapia adequada, os indivíduos com DG apresentam melhora no convívio social e as taxas de transtornos depressivo ou ansiosos e tentativas de suicídio diminuem, tanto em MtF quanto em FtM. Quando a criança completa 10 anos de idade e há forte certeza ou indicação que essa criança será transexual, costuma-se postergar a puberdade com um bloqueio hormonal, com a finalidade de ganhar tempo para a criança amadurecer e se compreender melhor. As cirurgias irreversíveis, chamadas de redesignação sexual (CRS) só podem ser feitas a partir de 21 anos e com acompanhamento da equipe multiprofissional, envolvendo psicólogos, fisioterapeutas fonoaudiólogos, enfermeiros, dentistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, psiquiatras, endocrinologistas e outros serviços, quando disponíveis no sistema de saúde (AVASUS, 2016; SBP, 2017).

O desenvolvimento da identidade de gênero ocorre por volta de 3 anos, quando as crianças passam a ter noção do que significa ser homem ou mulher. Entre 5 e 6 anos de idade a maioria das crianças se autodeclara do gênero masculino ou feminino. Na adolescência é pouco provável que a DG que persiste, diminua ou desapareça.

A abordagem para crianças na fase pré-puberdade, por conseguinte, é predominantemente de apoio psicológico (DE VRIES & COHEN-KETTENIS; 2012). Atualmente, o tema da transição social de gênero em crianças pré-púberes é controverso.

Transição social de gênero refere-se à intenção de um indivíduo apresentar-se em nome, pronome de gênero preferido, vestuário como um gênero diferente do sexo atribuído ao nascimento e de uma maneira consistente com o gênero escolhido. Os defensores da transição social em crianças pré-púberes argumentam que permitir a elas que façam essa transição as leva a experimentarem menor angústia social (MS, 2005). A maioria das crianças com DG expressa mais comumente o comportamento de não-conformidade de gênero do que o desejo de ter um gênero diferente do atribuído no nascimento. Dessas, grande parte prosseguirá para identificar-se posteriormente como gays ou lésbicas, enquanto poucos podem vir a identificar-se como heterossexuais. (SIMONS; LEIBOWITZ & HIDALGO; 2014).

2.3.4. AS CONQUISTAS LEGAIS

A identificação pelo nome social em todos os documentos é um direito garantido desde 2009 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009).

Em 2011 o Supremo Tribunal Federal gerou uma normativa do Conselho Nacional de Justiça que reconheceu igualdade de direitos entre casais heteroafetivos e homoafetivos (OPAS, 2017).

Ainda em 2011, o Conselho de Direitos Humanos da ONU adotou a Resolução 17/19 – primeira Resolução das Nações Unidas sobre direitos humanos, expressamente relacionada à orientação sexual e identidade de gênero – em que afirmou "grave preocupação" com ações discriminatórias e violentas que atingem a população LGBT em diferentes partes do mundo (ONU, 2011).

Em 2013 é lançada a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs no Brasil. (MS, 2013).

2.4. SAÚDE, ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE DE GÊNERO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 inseriu, como um dever de Estado, os princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações para os indivíduos brasileiros ou não (MS, 2013).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, trouxe o enfoque de proteção integral e específica para as crianças e os adolescentes, de 12 a 18 anos, que, sem distinção de raça, cor ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos, como condição de “pessoa

em situação peculiar de desenvolvimento” (Art. 6º), ou seja, com necessidades e direitos peculiares e específicos e portanto, devem receber atenção integral a saúde (FROTA, 2007; ECA, 1990). Considerando esse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes e de jovens encontram-se em processo de formação e cristalização. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a maior independência (SCHMITZ *et al*, 2018).

Adolescentes brasileiros não reconhecem o espaço dos serviços de saúde como lugar privilegiado para obtenção de informações acerca de sexualidade (CASTRO *et al*, 2004). Para jovens do sexo feminino, assunto sobre liberdade e direito no campo da saúde sexual é quase velado, e, quando abordado, é romantizado como sendo, ou tendo que ser, a descoberta do “grande amor” ou “parceiro para casar”. É diferente o que ocorre com jovens do sexo masculino, para os quais há estímulo heterossexual, até mesmo precoce (visto como normal) para que haja o exercício da sexualidade (MODENA; NOGUEIRA; SCHALL; 2008).

Até a criação do Programa Saúde na Escola (PSE) como forma de integralizar e trazer bem-estar, a educação em saúde que se fazia com adolescentes se restringia às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada. A partir do PSE, os pediatras podem ser o primeiro recurso das famílias para educação e apoio, e podem colaborar na identificação precoce de DG, na triagem de problemas psicossociais e riscos à saúde, no encaminhamento para cuidados específicos, além do fornecimento de apoio contínuo às famílias dos jovens (SIMONS; LEIBOWITZ & HIDALGO; 2014).

Em qualquer situação, o importante é acolher o adolescente e sua família, criar grupos de discussão sobre lesbi/homo/bi/transfobia em comunidades com levantamento de focos de tensão e enfrentamentos possíveis e mostrar que o serviço de saúde é um espaço protetivo e de acolhimento a qualquer momento (MS, 2013).

2.5. O PAPEL DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO

Os pais podem reagir à variação de gênero de seus filhos de muitas maneiras e, em alguns casos, podem se sentir conflituosos ou inseguros sobre como responder e correspondê-los de forma adequada diante do novo (SIMONS; LEIBOWITZ & HIDALGO; 2014). Reações adversas dos pais em relação à não-conformidade de gênero do adolescente foram apontadas

como um risco especial: pais que apoiaram os filhos pertencentes às minorias de gênero relataram crescimento pessoal, exercício do amor incondicional, relações mais próximas e conexão social. Em contrapartida, a falta de apoio dos mesmos foi associada a vulnerabilidade social maior e resultados psicológicos negativos. E, na visão dos filhos, o apoio dos pais associou-se a maior satisfação com a vida, menor carga percebida por ser transexual e menos sintomas depressivos (Kaltiala-Heino *et al*, 2018).

Estudo com adolescentes entre 15 e 19 anos revelou que eles sofrem e perpetuam violência, mas sem reconhecê-la. Essa ausência fundamenta-se em estereótipos de gênero que estabelecem, por influência direta ou indireta da família e amigos, os papéis de homens e mulheres nas relações de intimidade, compreendidos e naturalizados no discurso do que é feminino e masculino. Portanto, construir relações de respeito, responsabilidade e tolerância no início da vida acerca de gênero e sexualidade faz com que os adolescentes sejam capazes de lidar com a diversidade sem excluí-la, mas abraçá-la (OLIVEIRA *et al*, 2017).

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro, e a reflexão sobre seus valores pessoais. É também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos, e para tal, a participação familiar ativa se faz imprescindível, sem esquecer de que a medida que o adolescente cresce, pede espaço, liberdade, mesmo que parcial, e afastamento no núcleo familiar para migrar ao núcleo de amigos (MS, 2010).

Lidar com os aspectos de identidade de gênero, sexualidade e variância desde cedo, no momento oportuno, quando o filho recorre a questionamentos acerca de si e dos outros, é um exercício para ambos os lados, visto que os pais que ocultam ou silenciam as crianças e jovens de forma violenta podem provocar mais conflitos internos no indivíduo em formação. Aconselha-se então um diálogo franco para que ambas as partes, que as enriqueçam e as aproximem (SPB, 2017).

2.5.1. OS BRINQUEDOS E SUAS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES

Dar exemplo dos brinquedos de forma negativa

Brincadeiras são importantes para o desenvolvimento cognitivo, social, cultural, físico emocional e da linguagem. A responsabilidade da escolha e concordâncias dos brinquedos e do que brincar é parte quase exclusiva dos pais. Olhar cuidadoso para com os brinquedos pode

evitar que a criança se exponha a riscos emocionais ou sociais, o que pode acontecer em propagandas ou imagens preconceituosas, racistas, sexistas, estereotipadas, seja no campo cultural, étnico ou de gênero, podendo influenciar de forma negativa os valores da diversidade e tolerância para os outros (SPB, 2017).

2.6. O PAPEL DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO

Embora a escola, alicerçada em um apoio familiar acolhedor, seja considerada espaço essencial para o desenvolvimento pessoal e o exercício de cidadania, inúmeros relatos a apresentam como cenário muitas vezes favorável para um crescente número de comportamentos hostis e agressivos de intolerância. (MS, 2010). Jovens em não conformidade de gênero experimentam *bullying* e discriminação nas escolas, pelos colegas e professores, o que torna a escolas um lugar inseguro, aumentando o absenteísmo e comprometendo o aprendizado (KALTIALA-HEINO *et al*, 2018).

Escolas com currículo inclusivo LGBTQ+, -abordando a transfobia, vitimização e discriminação baseada no gênero, com educadores aptos a oferecer apoio e grupos de estudantes dispostos a acolher o colega pertencente à população LGBTQ+ são necessárias. Outra ferramenta fundamental é a prevenção do *bullying* no ambiente escolar (REISNER *et al*, 2015).

Embora a Orientação Sexual na escola seja prática defendida e orientada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais, a literatura aponta a dificuldade que escolas e famílias encontram para abordar o tema da sexualidade com as crianças e jovens. Reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas, ações, estratégias e materiais educativos capazes de atender às necessidades e especificidades deste público (MODENA; NOGUEIRA; SCHALL; 2008).

2.7. JUSTIFICATIVA

Diante do que foi citado e descrito, em que as vulnerabilidades dos adolescentes são muitas vezes negligenciadas, sendo expostos a comportamentos de riscos e, sofrimento psíquico, identificando falta de acesso à saúde pela população LGBTQ+ adolescente, mostrou-se necessária a criação de um projeto de extensão com o propósito de debater, a partir dos conhecimentos prévios dos estudantes, temas relacionados à educação em saúde e sexualidade, entre os quais a identidade de gênero.

2.8. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression. **Washington, DC Online verfügbar unter <http://www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf> [zuletzt geprüft am 14.07. 2013], 2011.**

_____. Report of the APA task force on gender identity and gender variance. **Washington, DC: American Psychological Association, 2009.** Available online at www.apa.org/pi/lgbct/transgender/2008TaskForceReport.html.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 15-41, 2009.

BALEEIRO, Maria Clarice et al. Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa. In: **Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. 1999.

BALZER, C. L. 2,190 murders are only the tip of the iceberg –An introduction to the Trans Murder Monitoring Project. **TRANSGENDER EUROPE (TGEU) -TvT Publication Series**. 2016.

BARBOSA, Nestor Berilo. Caderneta de saúde do adolescente. 1987.

BENEVIDES, Bruna; SIMPSON, Keila. Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. **ANTRA**, 2018.

BORGES, Ana Luiza Vilela; NAKAMURA, Eunice. Social norms of sexual initiation among adolescents and gender relations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 94-100, 2009.

BRASIL. Disque 100. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília. 2014. Disponível em: www.carinhodeverdade.org.br/pub/pdf/cartilha_disque_100.pdf; Brasil. Ministério da Saúde.

_____. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Ministério da Saúde, 2005.

_____. IBGE. 2009. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>. Acesso em: 24/01/2018

_____. IBGE. 2013. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>. Acesso em: 24/01/2018.

_____. IBGE. 2016. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 24/01/2018.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília, 2008

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Óbitos por causas externas. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.

CAMPOS, Dioclécio Junior; BURNS, Dennis Alexander Rabelo. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria/organizadores 4ª edição. Barueri, SP : Manole, 2017.

CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce. **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

COLEMAN, Eli et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. **International journal of transgenderism**, v. 13, n. 4, p. 165-232, 2012.

DE VRIES, Annelou LC; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. **Journal of homosexuality**, v. 59, n. 3, p. 301-320, 2012.

DESSER, N.A. Adolescência: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Gender, sexuality and violence: perception of mobilized adolescents in an online game. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 607-614, 2018.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 1, p. 0-0, 2007.

KALTIALA-HEINO, Riittakerttu et al. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. **Adolescent health, medicine and therapeutics**, v. 9, p. 31, 2018.

MELIM, Juliana Iglesias. Trajetória da proteção social brasileira à infância e à adolescência nos marcos das relações sociais capitalistas. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 167-184, 2015.

MODENA, C. M.; NOGUEIRA, M. J.; SCHALL, V. T. Interface entre educação e saúde: descrevendo uma estratégia propícia ao diálogo, reflexão e troca de experiências sobre sexualidade com adolescentes. **Revista Educação em Foco**, v. 11, n. 11, p. 107-126, 2008.

MOTT, Luiz; MICHELS, Eduardo; CERQUEIRA, Marcelo. GRUPO GAY DA BAHIA(GGB): MORTES VIOLENTAS DE LGBT NO BRASIL RELATÓRIO 2017.

NOGUEIRA, Maria José et al. **Sexualidade e gênero na adolescência: uma perspectiva educacional**. 2008. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes De et al. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 134-143, 2016.

PANG, Ken C. et al. Molecular Karyotyping in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. **Transgender health**, v. 3, n. 1, p. 147-153, 2018.

REISNER, Sari L. et al. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. **The Journal of Sex Research**, v. 52, n. 3, p. 243-256, 2015.

SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. 2013.

SCANDURRA, Cristiano et al. Internalized Transphobia, Resilience, and Mental Health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian Transgender Individuals. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 3, p. 508, 2018.

SCHMITZ, Rachel M.; SANCHEZ, Julissa; LOPEZ, Bianca. LGBTQ+ Latinx young adults' health autonomy in resisting cultural stigma. **Culture, health & sexuality**, p. 1-15, 2018.

SIMONS, Lisa K.; LEIBOWITZ, Scott F.; HIDALGO, Marco A. Understanding gender variance in children and adolescents. **Pediatric annals**, v. 43, n. 6, p. e126-e131, 2014.

SIMONSEN, Rikke Kildevæld et al. Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. **Nordic journal of psychiatry**, v. 70, n. 4, p. 241-247, 2016.

SPIZZIRRI, Giancarlo et al. Grey and white matter volumes either in treatment-naïve or hormone-treated transgender women: a voxel-based morphometry study. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 736, 2018.

3. REGRAS PARA PUBLICAÇÃO



DESCRIPTION

The Journal of Adolescent Health is a multidisciplinary scientific Journal, which seeks to publish new research findings in the field of Adolescent Medicine and Health ranging from the basic biological and behavioral sciences to public health and policy. We seek original manuscripts, review articles, letters to the editor, commentaries, and case reports from our colleagues in Anthropology, Dentistry and Oral Health, Education, Health Services Research, International Health, Law, Medicine, Mental Health, Nursing, Nutrition, Psychology, Public Health and Policy, Social Work, Sociology, Youth Development, and other disciplines that work with or are committed to improving the lives of adolescents and young adults. The Journal is the official publication of the Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM), a multidisciplinary organization committed to improving the health and well-being of adolescents. One of the Society's primary goals is the development, synthesis, and dissemination of scientific and scholarly knowledge unique to the health needs of adolescents. To meet this goal, the Society established the Journal of Adolescent Health in 1980. According to the Journal Citation Reports 2016, published by Clarivate Analytics, the Journal ranks:

- 5th of 121 journals in Pediatrics (Science edition)
- 22nd of 176 journals in Public, Environmental and Occupational Health (Science edition) •
- 7th of 70 journals in Psychology, Developmental (Social Sciences edition)
- 7th of 157 journals in Public, Environmental and Occupational Health (Social Sciences edition)

AUDIENCE .

Pediatricians, General Practitioners, Family Practitioners, Nurses, Preventive Medicine Specialists, Psychologists, Public Health Professionals, Obstetricians and Gynecologists, Epidemiologists, Nutritionists, Anthropologists, Sociologists, and Psychiatrists.

IMPACT FACTOR . 2017: 4.098

© Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2018

ABSTRACTING AND INDEXING

Current Contents/Social & Behavioral Sciences Social Services Abstracts Biochemistry & Biophysics Citation Index Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature EMBASE PsycINFO MEDLINE® Applied Social Science Index and Abstracts Current Contents/Clinical Medicine Reference Update Behavioral Medicine Abstracts Scopus

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief Charles E. Irwin, Jr., MD, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Associate Editors David A. Ross, BMBCh, PhD, World Health Organization, Geneva, Switzerland Richard F. Catalano, PhD, University of Washington, School of Social Work, Social Development Research Group, Seattle, WA, USA

P. Lindsay Chase-Lansdale, PhD, Northwestern University, School of Education and Social Policy; and Institute for Policy Research, Evanston, IL, USA

Carol A. Ford, MD, University of Pennsylvania School of Medicine; and The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Carolyn Halpern, PhD, Gillings School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, USA

Managing Editor Tor D. Berg, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA

Editorial Analyst Teresa Dal Santo, PhD, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

Editorial Board

Emma K. Adam, PhD, Northwestern University, Chicago, IL, USA

Shanthi Ameratunga, MBChB, MPH, University of Auckland, Auckland, New Zealand

Shuntaro Ando, MD, MScPH, PhD, Tokyo

Metropolitan Institute of Medical Science, Tokyo, Japan Monika Arora, PhD, Public Health Foundation of India, New Delhi, India David A. Brent, MD, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA

Claire D. Brindis, DrPH, University of California, San Francisco, CA, USA

Venkatraman Chandra-Mouli, MBBS, MSc, World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland Terryann Clark, PhD, MPH, RN, University of Auckland, Auckland, New Zealand

Norman A. Constantine, PhD, Public Health Institute, Oakland, CA, USA

Ronald E. Dahl, MD, University of California, Berkeley, CA, USA

Sinead Delany-Moretlwe, MD, PhD, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

Simon Denny, MBChB, MPH, University of Auckland, Auckland, New Zealand Denise M. Dougherty, PhD, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, USA Adesegun

Fatusi, MBChB, MPH, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria

B. Jane Ferguson, MSc, London School of Hygiene and Tropical Medicine, KwaZulu-Natal, South Africa

J. Dennis Fortenberry, MD, MS, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

Ersheng Gao, MD, Shanghai Institute of Planned Parenthood Research, Shanghai, People's Republic of China

Nancy A. Gonzales, PhD, Arizona State University, Tempe, AZ, USA

Catherine Gordon, MD, MSc, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH, USA

Julia A. Graber, PhD, University of Florida, Gainesville, FL USA

Nicola Jane Gray, PhD, MRPharmS (UK), UK

Association for Young Peoples' Health London, United Kingdom Scott Hadland, MD, MPH, MS, Boston University School of Medicine Boston, MA, USA

Bonnie Halpern-Felsher, PhD, Stanford University, Stanford, CA, USA

Tamara Hannon, MD, Indiana University School of Medicine Indianapolis, IN, USA

Albert C. Hergenroeder, MD, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

Todd Herrenkohl, PhD, University of Washington School of Social Work, Seattle, WA, USA

Caroline Kabiru, PhD, African Population & Health Research Center, Nairobi, Kenya Debra

K. Katzman, MD, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada Matilde H. Maddaleno, MD, MPH, Chilean Ministry of Health, Santiago, Chile

Clea McNeely, DrPH, University of Tennessee, Knoxville, TN, USA

Maria Elena Medina-Mora, PhD, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Mexico City, Mexico

Pierre-Andre Michaud, MD, Université de Lausanne Faculty of Medicine, Lausanne,
Switzerland Megan A. Moreno, MD, MEd, MPH, University of Wisconsin Madison,
Madison, WI, USA

Stuart B. Murray, DCLinPsych, PhD, University of California, San Francisco, San Francisco,
CA, USA

Donald P. Orr, MD, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

Lucia F. O'Sullivan, PhD, University of New Brunswick, Fredericton, New Brunswick, Canada

Vikram Patel, PhD, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Sangath, Goa, India

George Patton, MD, MBBS, Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Australia

Jochen Peter, PhD, University of Amsterdam Amsterdam, Netherlands Marc Potenza, MD,
PhD, Yale University, New Haven, CT, USA

Kim D. Reynolds, PhD, Claremont Graduate University, Claremont, CA, USA

Elizabeth M. Saewyc, PhD, RN, University of British Columbia, Vancouver, Canada Chandan
Saha, PhD, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA

Lena Sancu, MBBS, PhD, University of Melbourne, Melbourne, Australia John S. Santelli, MD,
MPH, Columbia University, New York, NY USA

Peter Scal, MD, MPH, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

Mark A. Schuster, MD, PhD, Children's Hospital Boston / Harvard Medical School, Boston,
MA, USA

Daniel Shek, PhD, The Hong Kong Polytechnic University, Kowloon, Hong Kong Gail B. Slap,
MD, MS, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA, USA

Freya L. Sonenstein, PhD, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

Fred Ssewamala, PhD, MSW, Washington University in St. Louis, St. Louis, MO, USA

Stephanie Staras, MSPH, PhD, University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL,
USA

Kate Steinbeck, MBBS, PhD, University of Sydney, Sydney, Australia Mary Story, PhD, RD,
Duke University, Durham, NC, USA

Willem van Mechelen, MD, PhD, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Stanley R. Vance, Jr., MD, University of California at San Francisco, San Francisco, CA, USA

Dexter R. Voisin, PhD, University of Chicago, Chicago, IL, USA

Brian L. Wilcox, PhD, University of Nebraska, Lincoln, NE, USA

James Herbert Williams, PhD, MSW, MPA, Arizona State University Phoenix, AZ, USA
 Charlene Wong, MD, MSHP, Duke University, Durham, NC, USA
 Elizabeth R. Woods, MD, MPH, Children's Hospital Boston; and Harvard Medical School,
 Boston, MA, USA

GUIDE FOR AUTHORS . “Submission Checklist”

Adolescent Health Briefs; Review articles generally; Implications and Contribution;

Types of articles The Journal of Adolescent Health publishes the following types of articles. Word count limits apply only to the main body of the manuscript and do not include the title, references, or figure and table captions. Original Articles are scientific reports on the results of original research. Text is limited to 3500 words with a 250-word structured abstract, 5 tables/figures, and 40 references.

Original articles should include a 50-word Implications and Contribution summary statement.

Adolescent Health Briefs are scientific reports of original research that represent preliminary findings, small samples, and newly described associations in unique populations. Briefs are limited to 1000 words, with a structured abstract of 150 words or less. A combined total of 2 figures and/or tables and a maximum of 10 references will be accepted. Briefs should include a 50-word Implications and Contribution summary statement.

Review articles generally are solicited by the editors. If you would like to submit a review article to the Journal, please submit a proposal letter, a detailed outline, and a preliminary reference list to the Managing Editor by e-mail (tor.berg@ucsf.edu). Systematic reviews and meta-analyses are preferred, though strong, evidence-based integrative and narrative proposals will be considered. One or more of the Associate Editors will review the proposal and will advise the authors on proceeding to a full manuscript. This internal review will take place within four weeks of receipt of the proposal. The final format of the article should include the introduction, review of the relevant literature, discussion, summary and implications section. Each review article must have a 200-word summary abstract.

Review articles are limited to 4500 words, 5 tables/figures, and an unlimited number of references. Review articles should include a 50-word

Implications and Contribution summary statement.

Clinical Observations: These case reports represent rare and new observations in the clinical arena. Papers in this format are limited to 1000 words and should include an introduction, concise discussion of the clinical observation, and discussion. Clinical observations should

include a 200-word summary abstract. A combined total of 1 figure, table, or illustration and 10 references will be accepted.

Editorial Correspondence: Letters regarding articles published in the Journal within the preceding 6 months are strongly preferred. Letters should not exceed 400 words. This correspondence is published at the discretion of the Editor-in-Chief and the Associate Editors. The author(s) of the article that is the subject of the correspondence will be invited to respond.

Commentaries: Commentaries are invited only and will be solicited solely by the editors. Commentaries serve as a forum for changes in adolescent healthcare training, economic issues, governmental health policies, international health, medical/scientific ethics, and meeting reports.

The Editorial Process

Acceptance for Review

Manuscripts submitted to the Journal of Adolescent Health are reviewed internally for interest and relevance. Approximately half of all submitted manuscripts are returned to the authors without full peer review. That decision is made quickly, within 10 days of submission.

Peer Review and Decision

Manuscripts accepted for peer review are sent to three external reviewers. Reviewers are anonymous; authors' names are revealed. The Journal's goal is to complete peer review and reach a decision within six weeks of submission. Manuscripts will either be declined based on reviewer comments or referred back to the authors for revision. This is an invitation to present the best possible paper for further review; it is not an acceptance.

Authors are asked to complete revisions within 30 days. If the authors do not respond within 30 days, the editors may decline to consider the revision. The editors reciprocate by providing a final decision quickly upon receipt of the revision.

Acceptance for Publication

All manuscripts accepted for publication will require a written assignment of the copyright from the author(s) to the Society for Adolescent Health and Medicine. Elsevier Inc. will maintain all records of the copyright for the Society for Adolescent Health and Medicine. No part of the published material may be reproduced elsewhere without written permission from the

publisher. Authors will receive typeset galley proofs via e-mail from the Journal Manager at Elsevier. Proofs should arrive approximately four to six weeks following acceptance. The article will be published in the print edition of the Journal approximately three to five months after acceptance.

Articles Online First

The *Journal of Adolescent Health* publishes articles online ahead of print publication in the Articles Online First section of our web site. Articles are published online approximately six to eight weeks following the galley proofs. The online article is identical to the version subsequently published in the print journal and is citable by the digital object identifier (DOI) assigned at the time of online publication.

Fast-Tracking for Critical Issues in Adolescent Health and Medicine

The *Journal of Adolescent Health* has developed a fast-tracking system in order to facilitate and encourage the submission of high-quality manuscripts with documented findings that may change the content of clinical practice or assist with the national and/or international dialogue about critical issues affecting adolescents and young adults. Manuscripts accepted for a fast-track review will be forwarded to two reviewers from our Editorial Board, who are given two weeks to conduct an expedited review. The Journal will notify authors of the outcome of the review within three weeks of submission. If the review is favorable, fast-track authors will be asked to complete any necessary revisions within two weeks.

Upon acceptance, fast-track manuscripts are prioritized for publication and should appear in print within two months. Fast tracking is a rare event intended for high-priority findings and should not be viewed simply as a mechanism for an expedited review. The article should be prepared in the same manner as an Original Article.

Release to Media

Until the time of publication on the Journal of Adolescent Health's website, it is a violation of the copyright agreement to disclose the findings of an accepted manuscript to the media or the public. If you require an embargo date for your article, please contact the editorial office.

Supplements

The *Journal of Adolescent Health* publishes funded supplements after approval and review by the editorial office. Initial inquiries and proposals for supplements should be directed to the editorial office and to Elsevier's Senior Supplements Editor:

Craig Smith Elsevier Supplements Department 360 Park Avenue South New York, NY 10010

Tel: (212) 462-1933

Fax: (212) 462-1935

E-mail: c.smith@elsevier.com

Contact details for submission

Editor Charles E. Irwin, Jr., M.D., Editor-in-Chief

Tor D. Berg, Managing Editor

Phone: 415-502-1373

E-mail: tor.berg@ucsf.edu Editorial Office, Journal of Adolescent Health University of California, San Francisco Research and Policy Center for Childhood & Adolescence 3333 California Street, Suite 245 San Francisco, CA 94118-6210

Publisher

Luke Verrillo, Publisher

Phone: 215-239-3712

E-mail: l.verrillo@elsevier.com Elsevier

1600 John F. Kennedy Blvd, Suite 1600 Philadelphia, PA 19103

<http://www.jahonline.org/>

<http://ees.elsevier.com/jah/>

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information pages on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication.

Human and animal rights

Studies of human subjects must document that approval was received from the appropriate institutional review board. When reporting experiments utilizing human subjects, it must be

stated in writing, in the Methods section, that the Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent has approved the protocol. The protocol for obtaining informed consent should be briefly stated in the manuscript. The Editor-in-Chief may require additional information to clarify the safeguards about the procedures used to obtain informed consent. Within the United States, the authors should verify compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) prior to submission. When reporting experiments on animal subjects, it must be stated that the institution's animal care and use committee has approved the protocol.

Authors must immediately disclose to *the Journal of Adolescent Health* in writing the existence of any investigation or claim related to the manuscript with respect to the use of human or animal subjects that may be initiated by an institutional, regulatory, or official body at any time, including investigations or claims arising subsequent to manuscript submission, approval, or publication.

Conflict of Interest

According to the World Association of Medical Editors (WAME):

"...a conflict of interest (competing interest) is some fact known to a participant in the publication process that if revealed later, would make a reasonable reader feel misled or deceived (or an author, reviewer, or editor feel defensive). Conflicts of interest may influence the judgment of authors, reviewers, and editors; these conflicts often are not immediately apparent to others. They may be personal, commercial, political, academic, or financial. Financial interests may include employment, research funding (received or pending), stock or share ownership, patents, payment for lectures or travel, consultancies, nonfinancial support, or any fiduciary interest in the company. The perception of a conflict of interest is nearly as important as an actual conflict, since both erode trust."

Authors are required to disclose on the title page of the initial manuscript any potential, perceived, or real conflict of interest. Authors must describe the role of the study sponsor(s), if any, in (1) study design; (2) the collection, analysis, and interpretation of data; (3) the writing of the report; and (4) the decision to submit the manuscript for publication. Authors should include statements even when the sponsor had no involvement in the above matters.

Submission declaration; Use of inclusive language

Authors should also state who wrote the first draft of the manuscript and whether an honorarium, grant, or other form of payment was given to anyone to produce the manuscript. If the manuscript is accepted for publication, the disclosure statements may be published. See also <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>.

Further information and an example of a Conflict of Interest form can be found at: http://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/supporthub/publishing.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <http://www.elsevier.com/postingpolicy>; poster and platform presentations and abstracts are not considered duplicate publications but should be noted in the manuscript's cover letter and Acknowledgements section of the manuscript); that it is not under consideration for publication elsewhere; that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out; and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

If the submitted manuscript contains data that have been previously published, is in press, or is currently under review by another publication in any format, the authors are required to submit a reprint of the published article or a copy of the other manuscript to the Editor-in-Chief with a clarification of the overlap and a justification for consideration of the current submitted manuscript. The editors encourage authors to report fully the complete findings of their studies. The editors recognize that large and longitudinal datasets often result in multiple publications both on different topics and on the same topics across the span of development. Therefore, it is the authors' strict responsibility both to notify the editors of the existence of multiple manuscripts arising from the same study and to cross-reference all those that are relevant. Manuscripts accepted for peer review may be submitted to the iThenticate plagiarism checker. iThenticate compares a given manuscript to a broad range of published and in-press materials, returning a similarity report, which the editors will then examine for potential instances of plagiarism and self-plagiarism. Failure to disclose multiple or duplicate manuscripts may result in censure by the relevant journals and written notification of the appropriate officials at the authors' academic institutions.

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Articles should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader, should contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of race, sex, culture or any other characteristic, and should use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, for instance by using 'he or she', 'his/her' instead of 'he' or 'his', and by making use of job titles that are free of stereotyping (e.g. 'chairperson' instead of 'chairman' and 'flight attendant' instead of 'stewardess').

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors before submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only before the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the corresponding author: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors after the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Clinical trials registration

In order to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials, journals are increasingly requiring the registration of clinical trials. At this time, registration is not required for submission or publication in the *Journal of Adolescent Health*. However, the editors strongly recommend registration of clinical trials in an appropriate registry. Please provide the site of registration and the registration number on the title page.

One such registry is ClinicalTrials.gov, a service of the U.S. National Institutes of Health, at <http://www.clinicaltrials.gov/>. A number of other registries are available.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see more information on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement. Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases.

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. More information. Elsevier supports responsible sharing Find out how you can share your research published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some funding bodies will reimburse the author for the gold open access publication fee. Details of existing agreements are available online. After acceptance, open access papers will be published under a noncommercial license. For authors requiring a commercial CC BY license, you can apply after your manuscript is accepted for publication.

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our universal access programs.
- No open access publication fee payable by authors.
- The Author is entitled to post the accepted manuscript in their institution's repository and make this public after an embargo period (known as green Open Access). The published journal article cannot be shared publicly, for example on ResearchGate or Academia.edu, to ensure the sustainability of peerreviewed research in journal publications. The embargo period for this journal can be found below.

Gold open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse. • A gold open access publication fee is payable by authors or on their behalf, e.g. by their research funder or institution.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For gold open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following Creative Commons user licenses:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

The gold open access publication fee for this journal is USD 3000, excluding taxes.

Learn more about Elsevier's pricing policy: <https://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Green open access

Authors can share their research in a variety of different ways and Elsevier has a number of green open access options available. We recommend authors see our green open access page for further information. Authors can also self-archive their manuscripts immediately and enable public access from their institution's repository after an embargo period. This is the version that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes

suggested during submission, peer review and in editor-author communications. Embargo period: For subscription articles, an appropriate amount of time is needed for journals to deliver value to subscribing customers before an article becomes freely available to the public. This is the embargo period and it begins from the date the article is formally published online in its final and fully citable form. Find out more.

This journal has an embargo period of 12 months.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop.

Submission

Manuscript Preparation

General information

Submission to this journal proceeds totally online, and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail, removing the need for a paper trail.

Manuscript documents must comply with layout and length requirements outlined below. All accepted manuscripts may be subject to editing and revision by the editors and their agents. Authors should take care to avoid redundancy within the text and between the tables, figures, and text. Due to page limitations, the editors may decide that figures, appendices, tables, acknowledgments, and other materials be published online only and referenced in the print edition of the Journal.

Online submission

Manuscripts must be submitted online via the Elsevier Editorial System (EES).

To access EES, go to <http://ees.elsevier.com/jah/> and register as a new user. You will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files and data. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. All correspondence regarding submitted manuscripts will be handled via e-mail through EES.

For the purposes of EES, a manuscript submission consists of a minimum of four distinct files: a Cover Letter, Manuscript, Title Page (with any Acknowledgments), and at least one Author Statement. EES accepts files from a broad range of word processing applications. Files should be set in 12-point double-spaced type, and all pages should be numbered consecutively. The manuscript file should follow the general instructions on style/arrangement, and, in particular, the reference style.

In addition, Tables and Figures should be included as separate and individual files.

If electronic submission is not possible, please contact Tor Berg, the Managing Editor, at tor.berg@ucsf.edu, or by phone at 415-502-1373 or by mail at: Editorial Office, Journal of Adolescent Health, University of California, San Francisco, Research and Policy Center for Childhood and Adolescence, 3333 California Street, Suite 245, San Francisco, CA 94118.

Cover Letter

A Cover Letter must accompany all submissions. The Cover Letter should describe the manuscript's unique contribution and provide the following information in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication available at <http://www.icmje.org>:

- Disclosure of any prior publications or submissions with any overlapping information, including Methods, or a statement that there are no prior publications or submissions with any overlapping information;
- A statement that the work is not and will not be submitted to any other journal while under consideration by the Journal of Adolescent Health;
- A statement of any potential conflict of interest, real or perceived, the role of the study sponsor, and additional disclosures, if any; potential conflicts must also appear on the Title Page

Submit your article

Referees

To assist with a prompt, fair review process, authors are asked to provide the names, institutional affiliations, and e-mail addresses of 5 potential reviewers who have the appropriate

expertise to evaluate the manuscript. Failure to provide at least 3 potential reviewers may result in delays in the processing of your manuscript. Do not refer potential reviewers with whom you have a current or past personal or professional relationship. Do not recommend members of the Journal's editorial board. Authors may also provide the names of persons who should not be asked to review the manuscript. Ultimately, the editors reserve the right to choose reviewers.

Proprietary Products

Authors should use nonproprietary names of drugs or devices unless mention of a manufacturer is pertinent to the discussion. If a proprietary product is cited, the name and location of the manufacturer must also be included.

PREPARATION

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when crossreferencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text.'

The text of Original Articles and Briefs should usually, but not necessarily, be divided into the following sections: **Introduction**, **Methods**, **Results**, and **Discussion**. Additionally, the *Journal* requests an **Implications and Contribution** summary statement.

Implications and Contribution: In addition to the abstract, please include a summary statement at the beginning of your manuscript. This summary should be no more than 50 words in length and should describe the significance of your study's findings and its contribution to the literature in plain language. These summaries appear on the published articles and in various digests and newsletters.

Introduction: The introduction should clearly state the purpose(s) of the article and summarize the rationale for the study of observation. Please do not include an "Introduction" heading, just text. Only pertinent references should be used.

Methods: The selection of observational or experimental subjects (patients or experimental animals, including controls) should be clearly described in the Methods section. The methods, apparatus, and procedures used should be described in enough detail to allow other workers to reproduce the results. References should be provided for established methods, including statistical methods. Methods that are not well known should be concisely described with appropriate references. Any new or substantially modified method(s) should be carefully described, reasons given for its use, and an evaluation made of its known or potential limitations. All drugs and chemicals used should be identified by generic name(s), dosage(s), and route(s) of administration. The numbers of observations and the statistical significance of findings should be included when appropriate. Patients' names, initials, or hospital numbers should not be used.

*Note that when reporting experiments utilizing human subjects, approval of the protocol by the sponsoring Institution's Committee on Human Subjects or its equivalent must be stated explicitly within the Methods section of the manuscript. In addition, the protocol for obtaining informed consent should be briefly described.

Results: Results should be presented in a logical sequence in the text, table(s), and illustration(s). Only critical data from the table(s) and/or illustration(s) should be repeated in the text.

Discussion: Emphasis in the Discussion section should be placed on the new and important aspects of the study and the conclusions that can be drawn. Detailed data from the results section should not be repeated in the discussion. The discussion should include the implications and

limitations of the findings and should relate the observations to other relevant studies. The link between the conclusion(s) and the goal(s) of the study should be carefully stated, avoiding unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. The author(s) should avoid claiming priority and alluding to work that has not yet been completed. New hypotheses, when stated, should be clearly identified as such. Recommendations, when appropriate, may be included.

Grammar, punctuation, and scientific writing style should follow the AMA Manual of Style, 10th edition.

Appendices If there is more than one appendix, they should be identified as Appendix A, Appendix B, etc. Tables and figures in appendices should be given separate numbering: Table A1, Fig. A1, etc.

Essential Title Page Information

- **Title.** Concise and informative (titles are limited to 140 characters). Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Include the full names of all authors, as well as the highest academic degrees (excluding bachelor-level degrees) and the departmental and institutional affiliation of each. Please note that the Journal does not list fellowships of professional or certifying organizations as credentials. Relevant sources of financial support and potential conflicts of interest should be reported for all authors. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that phone and fax numbers (with country and area code) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up to date by the corresponding author.**

Present/permanent address.

If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's

name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

- **Acknowledgments.** The title page should also include an Acknowledgments section, listing any sources of support such as grants, equipment, or drugs; and any acknowledgments of persons who have made a substantive contribution to the study. Authors should obtain written permission from anyone that they wish to list in the Acknowledgments section. The corresponding author must also affirm that he or she has listed everyone who contributed significantly to the work in the Acknowledgments. Previous oral or poster presentations at local, regional, national or international meetings should be reported here.

Authorship Criteria

As a condition of authorship, all named authors must have seen the final draft of the manuscript, approve of its submission to the Journal, and be willing to take responsibility for it in its entirety. All named authors must complete a signed Statement of Authorship.

The Journal's Statement can be downloaded in PDF format at http://www.elsevier.com/___data/promis_misc/jah_soa.pdf. We prefer an electronic copy of the statement: please electronically sign the PDF using Acrobat or print the PDF, sign it by hand, and scan it. Completed forms should be uploaded with your manuscript submission. We can also receive statements by email at jaheditorial@ucsf.edu or by fax at (415) 476-6106, though it may delay processing of your manuscript.

If there are concerns about how all persons listed as authors meet the criteria for authorship according to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication available at <http://www.icmje.org>, we will request further information from the corresponding author and, if necessary, request written documentation of each person's work on the report. The Journal does not list corporate authors, such as research networks, professional societies, or think tanks. Only individuals meet the Journal's criteria for authorship.

The names, along with any conflicts of interest, funding sources, and industry-relation, of persons who have contributed substantially to a study but who do not fulfill the criteria for authorship are to be listed in the Acknowledgments section. This section should include individuals who provided any writing, editorial, statistical assistance, etc.

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s).

The abstract should be provided in a structured table format with the following bolded headings: **Purpose, Methods, Results, and Conclusions**. Emphasis should be placed on new and important aspects of the study or observations. Only common and approved abbreviations are acceptable, and they must be defined at their first mention in the abstract itself. Three to 10 key words or short phrases should be identified and placed below the abstract. These key words will be used to assist indexers in cross-indexing the article and will be published with the abstract. For this, terms from the Medical Subject Headings list in the Index Medicus should be used whenever possible.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership.

Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view Example Graphical Abstracts on our information site.

Authors can make use of Elsevier's Illustration Services to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Abbreviations

Authors should provide a list of abbreviations on the title page. All acronyms in the text should be expanded at first mention, followed by the abbreviation in parentheses. The acronym may appear in the text thereafter. Do not use abbreviations in the title. Acronyms may be used in the abstract if they occur 3 or more times therein. Generally, abbreviations should be limited to those defined in the AMA Manual of Style, 10th edition.

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

Math formulae

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae in line with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

Artwork

Electronic Artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.

- Size the illustrations close to the desired dimensions of the printed version.
- Submit each illustration as a separate file. A detailed guide on electronic artwork is available on our website: <http://www.elsevier.com/artworkinstructions> You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here. Formats If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Letters and symbols should be clear and even throughout and of sufficient size that when figures are reduced for publication (to approximately 3 inches wide), each item will still be legible. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, each should be identified and clearly explained in the legend.

If photomicrographs are to be submitted, the requirements for their presentation should be obtained from the Editor-in-Chief prior to submission.

If photographs of persons are used, either the subjects must not be identifiable or their pictures must be accompanied by written permission to publish the photograph.

If an illustration has been published, the original source must be acknowledged and accompanied by written permission from the copyright holder to reproduce the material. Permission is required regardless of authorship or publisher except for documents in the public domain.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. Further information on the preparation of electronic artwork.

Illustration services

Elsevier's WebShop offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Tables should be submitted as separate and individual files. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Each table should be given a brief title; explanatory matter should be placed in a table footnote. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Any nonstandard abbreviation should be explained in a table footnote. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article. Statistical measures should be identified as measures of variation such as SD or SEM. If data from another published or unpublished source are used, permission must be obtained

and the source fully acknowledged. EES will accept files from a wide variety of table-creation software.

References

Citation in Text

Authors are responsible for the accuracy of references. References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. References cited only in tables or figure captions should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure. Identify references in text, tables, and captions by Arabic numerals in brackets. Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. An effort should be made to avoid using abstracts as references. Unpublished observations and personal communications are not acceptable as references, although references to written, not verbal, communications may be inserted into the text in parentheses. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication. References to manuscripts accepted but not yet published should designate the journal followed by (in press) or use the DOI if assigned. All references must be verified by the authors against the original documents.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley and Zotero, as well as EndNote. Using the word processor plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. More information on how to remove field codes.

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link: <http://open.mendeley.com/use-citation-style/journal-of-adolescent-health> When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plugins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the list of Journals Indexed for MEDLINE, posted by the NLM on the Library's web site, <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>. Reference style should follow that of the AMA Manual of Style, 10th edition, as shown in the following examples:

Journals

1. Standard journal article:

References should list all authors when four or fewer; when more than four, only the first three should be listed, followed by 'et al.'

Aalsma MA, Tong Y, Wiehe SE, et al. The impact of delinquency on young adult sexual risk behaviors and sexually transmitted infections. *J Adolesc Health* 2010;46:17-24. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.05.018.

2. *Corporate Author:*

Center for Health Promotion and Education. Guidelines for effective school health education to prevent the spread of AIDS. J Sch Health 1988;58:142-8.

Books and Monographs

1. *Personal Author(s) :*

Romer D. Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

2. *Editor(s), Compiler(s), Chairman as Author(s) :*

Rosen DS, Rich M, eds. The adolescent male. In: Adolescent Medicine: State of the Art Reviews. vol 14. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus, 2003.

3. *Chapter in a Book:*

Marcell AV, Irwin CE Jr. Adolescent substance use and abuse. In: Finberg L, Kleinman RE, eds. Saunders Manual of Pediatric Practice. 2nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2002:127-139.

4. *Agency Publication:*

America's Children: Key National Indicators of Well-Being 2009. Washington, DC: Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2009.

Web sites

World Health Organization. Good information practice essential criteria for vaccine safety web sites. Available at: http://www.who.int/vaccine_safety/good_vs_sites/en. Accessed January 13, 2010.

Reference style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

[1] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2010;163:51–9.

Reference to a book:

[2] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

[3] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304.

Reference to a website:

[4] Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK, <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [accessed 13.03.03].

Reference to a dataset:

[dataset][5] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' (*J Am Med Assoc* 1997;277:927–34) (see also Samples of Formatted References).

Video data

The *Journal of Adolescent Health* accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 50 MB. Video and

animation files supplied will be published online in the electronic version of your article on JAHOnline.org and Elsevier's ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary data

The *Journal of Adolescent Health* accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article on JAHOnline.org and Elsevier's ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project. Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the research data page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described. There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the database linking page.

For supported data repositories a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to Mendeley Data. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the Mendeley Data for journals page.

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the Data Statement page.

Submission

Checklist checklist

The following list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the Journal for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

Cover letter

- Disclosure of any prior publications or submissions with any overlapping information
- A statement that the work is not under consideration elsewhere
- Disclosure of any potential conflict of interest, real and perceived, for all named authors
- Names and contact information for 5 potential reviewers

Statements of Authorship

- Please submit a separate statement for each named author

Title page

- Article title
- Full names, academic degrees (Masters level and above), and affiliations of all authors
- Name, address, e-mail address, telephone and fax number of the corresponding author
- Sources of funding and acknowledgements of support and assistance
- Disclosure of potential conflicts, real and perceived, for all named authors
- Clinical trials registry site and number
- List of abbreviations

Manuscript

- Please double-space
- BR>• Abstract in the appropriate format: Structured for Original Articles and Briefs or Summary for Review Articles and Clinical Observations
- BR>• List of keywords
- Implications and Contributions statement
- IRB statement in the Methods section
- References should be in the correct format for this journal; all references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Figure titles should be on a new page
- Manuscript has been 'spell-checked' and 'grammar-checked'

Tables

- Each saved as a separate document, including title and footnotes

Figures

- Each saved as a separate file, with captions/legends (without titles)
- Color figures are clearly marked as being intended for color reproduction on the Web (free of charge) and in print, or to be reproduced in color on the Web (free of charge) and in black-and-white in print; if only color on the Web is required, black-and-white versions of the figures are also supplied for printing purposes
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Copies of prior and/or in press publications related to the current submission can be uploaded as separate files or e-mailed to the Managing Editor
- For any further information please visit our customer support site at <http://support.elsevier.com>.

AFTER ACCEPTANCE

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can download the files themselves. Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download the free Adobe Reader, version 9 (or higher). Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site. If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return them to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and scan the pages and return via email. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your

article published quickly and accurately. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized Share Link providing 50 days free access to the final published version of the article on ScienceDirect. The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's Webshop. Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

For inquiries relating to the submission of articles (including electronic submission) please send an email to jaheditorial@ucsf.edu . For detailed instructions on the preparation of electronic artwork, please visit <http://www.elsevier.com/artworkinstructions> . Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher. You can track accepted articles at <http://www.elsevier.com/trackarticle> . You can also check our Author FAQs at <http://www.elsevier.com/author> FAQ and/or contact Customer Support via <http://support.elsevier.com>.

4. ARTIGO CIENTÍFICO

ADOLESCENTES E O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO: DADOS DE UM PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESCOLA PÚBLICA EM SERGIPE-BRASIL.

ADOLESCENTS AND GENDER IDENTIFICATION PROCESS: DATA OF EDUCATION PROJECT ABOUT HEALTH IN PUBLIC SCHOOL IN SERGIPE-BRAZIL.

Manoela Pellegrini Galvão¹; Hugo Nilo Alecrim Pinheiro¹; Jacqueline Mazzotti Cavalcanti da Silva¹; Rosana Cipolotti¹

¹Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil

Endereço para correspondência:

Manoela Pellegrini Galvão

Rua Av. Deputado Silvio Teixeira, 651, Aracaju/SE, Brasil

CEP: 49025-100

+55 (79) 3247-2571/ +55 (79) 99129-6368

mano.pellegrini@hotmail.com/ pellegrinimanoela@gmail.com

RESUMO

Introdução: Adolescência é demarcada cronologicamente dos 10 aos 19 anos e representa uma fase de constantes transformações, questionamentos, curiosidades no presente e angústias sobre o futuro que muitas vezes passam desapercebidos pelos profissionais de saúde. Um dos assuntos mais evidentes neste público é a sobre identidade de gênero, orientação sexual e os debates sobre as nuances LGBTQ+. **Métodos:** Projeto de pesquisa e extensão desenvolvido por estudantes de medicina e professores da Universidade Federal de Sergipe envolvendo adolescentes de numa escola pública de Aracaju, Sergipe. Aplicou-se um questionário antes e depois de atividades lúdicas, construtivas e intervencionistas, com os temas de identidade e expressão de gênero, cujas repostas, escolhidas dentre 5 alternativas propostas para cada questão, comparadas. Foram consideradas também as impressões dos adolescentes, informadas através de respostas a perguntas abertas. **Resultados:** A média de idade foi de 16 anos, com predomínio do sexo feminino. Houve discreto incremento no total de acertos após as intervenções em todas as questões. **Conclusão:** Observou-se que os estudantes já tinham informações prévias sobre o tema abordado, sugerindo que esses estudos devam ser abordadas na população infantil e pré-adolescente e de forma consciente e inclusiva tanto pelas instituições da escola quanto setores de saúde diversos.

Keywords: Identidade de gênero; Adolescência; Saúde na Escola.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is chronologically defined in the range of 10 to 19 years and represents a phase of constant transformations, questions, curiosities in the present and anxieties about the future that often are seldom perceived by the health professionals. One of the most highlighted issues in this group is related to gender identity and sexual orientation and the discussions about the LGBTQ+ nuances. **Methods:** Research and extension project developed by medical students and professors of the Federal University of Sergipe involving adolescents from a public school in Aracaju, Sergipe. A questionnaire was applied before and after playful, constructive and interventionist activities, with gender identity and expression themes, whose answers, chosen from among 5 alternatives proposed for each question, were compared. We also considered the impressions of adolescents, informed through answers to open questions. **Results:** The mean age was 16 years, and the majority of participants were from the female sex. There was a slight increase in the number of right answers after interventions on all issues. **Conclusion:** It was observed that students already had previous information on the topic addressed, suggesting that these issues should be addressed earlier in the school and in a conscious and inclusive way both by the school institutions and different sectors of health.

Keywords: Gender identity, adolescence, health at school.

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, trouxe o enfoque de proteção integral e específica para as crianças e os adolescentes, sendo reconhecidos como sujeitos de direitos, como condição de “pessoa em situação peculiar de desenvolvimento” (Art. 6º), ou seja, devem receber atenção integral a saúde (FROTA, 2007; ECA, 1990). O Ministério da Saúde do Brasil (MS) segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude (MS, 2010).

O processo de desenvolvimento da sexualidade está vinculado à definição da identidade sexual. Acerca das nuances sobre identidade de gênero, orientação, variância e expressão sexual, denominam-se gênero cis ou cis-gênero os indivíduos que se consideram congruentes ao sexo que nasceram (COLEMAN *et al*, 2011). Os não-cisgêneros ou transexuais são os que se consideram incongruentes ao sexo de nascimento: nascem biologicamente em corpos femininos, mas se consideram masculinos, os homens trans ou *Female-to-Male* (FtM), e os que nascem em corpos biologicamente masculinos, mas não se reconhecem como pertencentes a ele, chama-se, portanto, em uma visão binária (em que existe apenas a dicotomia homem e mulher), de mulher trans ou *Male-to-Female* (MtF) (AVASUS, 2016). Além desses, existem os indivíduos que não se consideram feminino ou masculino, a partir de uma visão de gênero não-binária (COLEMAN *et al*, 2011).

Orientação sexual consiste em gostar afetiva e/ou sexualmente de outra pessoa. Então, quando se trata de gostar do mesmo sexo biológico pertencente, dá-se o nome de homossexualidade; quando consiste em gostar dos sexos feminino e masculino, dá-se o nome de bissexualidade; ter afinidade pelo sexo oposto ao de nascença chama-se de

heterossexualidade; pansexualidade constitui em ter afinidade pelos gêneros cis e não-cis; não ter ou raramente ter afinidade sexual, dá-se o nome de assexualidade. Feitas as assertivas, pode-se ter uma mulher trans com sua respectiva orientação sexual (pansexual, assexual, bissexual, homossexual e heterossexual). Nenhum desses indivíduos ao se perceberem ou se denominarem assim são classificados como doentes ou com qualquer transtorno de ordem mental, pelo contrário, é apenas diversidade sexual (OPAS, 2017; AVASUS, 2016).

A despatologização da identidade de gênero foi revisada e atualizada pelo Código de Classificação de Doenças (CID 11) pela Organização Mundial de Saúde, que retirou a transexualidade e os travestis do capítulo de doenças e os colocou em “condições relativas a sexualidade” com nome de “incongruência de gênero”.

Embora a escola, alicerçada em um apoio familiar acolhedor, seja considerada espaço essencial para o desenvolvimento pessoal e o exercício de cidadania, inúmeros relatos a apresentam como cenário muitas vezes favorável para um crescente número de comportamentos hostis e agressivos de intolerância. (MS, 2010). Jovens em não conformidade de gênero experimentam bullying e discriminação nas escolas, pelos colegas e professores, o que torna a escolas um lugar inseguro, aumentando o absenteísmo e comprometendo o aprendizado (KALTIALA-HEINO *et al*, 2018).

Escolas com currículo inclusivo LGBTQ+, abordando a transfobia, vitimização e discriminação baseada no gênero, com educadores aptos a oferecer apoio e grupos de estudantes dispostos a acolher o colega pertencente à população LGBTQ+ são necessárias. Outra ferramenta fundamental é a prevenção do *bullying* no ambiente escolar (REISNER *et al*, 2015).

Embora a Orientação Sexual na escola seja prática defendida e orientada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais, a literatura aponta a dificuldade que escolas e famílias encontram para abordar o tema da sexualidade com as crianças e jovens. Reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas, ações, estratégias e materiais educativos capazes de atender às necessidades e especificidades deste público (MODENA; NOGUEIRA; SCHALL; 2008).

Assim, uma vez que as vulnerabilidades dos adolescentes são muitas vezes negligenciadas, os quais se expõem a comportamentos de riscos e sofrimento psíquico, identificando falta de acesso à saúde pela população LGBTQ+ adolescente, este estudo teve como objetivo avaliar os conceitos, vivências, ideias e conflitos que envolvem o processo de identificação de gênero em um grupo de adolescentes estudantes de uma escola pública em uma capital da região nordeste do Brasil.

MÉTODOS

População do estudo e Amostra: A amostra foi composta de adolescentes estudantes de uma escola pública da cidade de Aracaju, Sergipe, que atendessem os critérios de inclusão: ter entre 10 e 19 anos, estar cursando o ensino fundamental da escola referida; responder os questionários antes e depois das intervenções; participar das intervenções.

Intervenção: Constituiu-se de dinâmicas com aulas interativas, vídeos, brincadeiras e debates sobre orientação sexual, identidade de gênero e influências na infância para formação da adultice. As atividades foram realizadas por uma médica sexóloga e por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, devidamente treinados pela médica.

Questionário: Elaborado pela médica sexóloga de acordo com as demandas dos profissionais, pais, educadores e alunos da escola sob a forma de testes de múltipla escolha e perguntas abertas, foi aplicado antes e depois da intervenção. As questões foram:

- 1- O que é ser transexual? a) É gostar de meninos e meninas; b) É gostar de pessoas do mesmo sexo até uma idade e depois passar a gostar de pessoas do sexo oposto; c) É quando alguém não se reconhece com o corpo que nasceu, por exemplo, uma menina que nasceu no corpo de menino, ou um menino que nasceu num corpo de menina.; d) É ser gay.
- 2- Você acha que meninas que brincam com carrinhos ou meninos que brincam com bonecas podem se tornar homossexuais quando adultos? () Sim () Não.
- 3- Coloque certo ou errado. 3.1 () Heterossexuais: se sentem atraídos sexual e/ou afetivamente por pessoas do gênero contrário ao seu. 3.2 () Homossexuais: se sentem atraídos sexual e/ou afetivamente por pessoas do gênero idêntico ao seu. 3.3 () Bissexuais: podem se sentirem atraídos por pessoas do gênero masculino, ou do gênero feminino. 3.4 () Assexuais: não se sentem atraídos sexualmente por ninguém.
- 4- A homossexualidade é uma doença? () Sim () Não () Não sei.
- 5- Jéssica nasceu no corpo de menino e era conhecida como João Pedro, até os 16 anos, quando resolveu pedir ajuda profissional para transformar-se em mulher, pois era assim que se reconhecia: uma mulher. Hoje, com o corpo de mulher, mas sem fazer a mudança de sexo, ou seja, com genitália masculina, ela namora uma outra mulher, a Helena. Podemos afirmar que Jéssica e Helena formam um casal: a) Homossexual b) Heterossexual.
- 6- Se você fosse mãe/pai de João Pedro, o que você faria quando ele falasse que não se reconhecia como menino e pedisse sua ajuda para se transformar em Jéssica?

Análise Estatística: A diferença na quantidade de acertos entre os dois testes foi determinada pela realização de um teste de hipóteses (Qui-quadrado) para a diferença entre as proporções baseado numa distribuição normal padrão. Consideraram-se significativas as diferenças cujo valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra estudada foi composta de um total de 143 fichas, sendo 70 questionários respondidos previamente e 73 posteriormente à intervenção. A média de idade foi 16 anos (desvio padrão de 2,13). Houve predomínio de estudantes do sexo feminino em relação ao masculino tanto em Q1 (questionário 1), quanto em Q2 (questionário 2), como pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1: Quantidade de participantes, porcentagem de participação e média de idade dos participantes.

PARTICIPANTES	Q1	Q2	MÉDIA
	79	72	
SEXO			
Feminino	69%	66%	
Masculino	31%	34%	
IDADE (Anos)			16

Acerca do conceito de transexual (questão 1), no pré-teste 65 alunos (92%) achavam que é quando alguém não se reconhece com o corpo que nasceu, por exemplo, uma menina que nasceu no corpo de menino, ou um menino que nasceu num corpo de menina. Dois alunos (2%) ignoraram a pergunta. No pós-teste, 70 (96%) achavam que é quando alguém não se reconhece com o corpo que nasceu, 1 (1%) ignorou a pergunta e 2 (2.7%) achavam que é gostar de pessoas do mesmo sexo até uma idade e depois passar a gostar de pessoas do sexo oposto.

Quando questionados se meninas que brincam com carrinhos ou meninos que brincam com bonecas podem se tornar homossexuais quando adultos, 64 (91%) no pré-teste achavam que não e 6 (8.5%) achavam que sim. No pós-teste 70 (95.9%) achavam que não, 1 (1%) achava que sim e 2 (2.7%) ignoraram a pergunta.

Em relação ao conceito de heterossexual, 62 estudantes (88%) acertaram no pré-teste e 68 estudantes (93%) acertaram no pós-teste. Já o conceito de homossexual, no pré-teste 60 (85.7%) acertaram e no pós-teste 65 (89%) acertaram. Em relação ao conceito de bissexual, 66 (94%) acertaram no pré-teste e 68 (93%) acertaram no pós-teste. Já em relação ao conceito de assexual, 57 (81%) acertaram no pré-teste e 65 (89%) acertaram no pós-teste.

Em relação a questão 4, nenhum estudante considerou homossexualidade como sendo doença, seis estudantes (8.6%) responderam que não sabiam no pré-teste e 4 estudantes (5.5%) responderam que não sabiam no pós-teste.

Em relação à questão da transexualidade e afinidade sexual, 43 dos estudantes (61.4%) colocaram que, antes de fazer a cirurgia, a mulher trans é homossexual se se relacionar com outra mulher, 25 (35.7%) achavam que ela era heterossexual e 2 (2.8%) ignoraram a questão no pré-teste. No pós-teste, 49 dos estudantes (67%) colocaram que, antes de fazer a cirurgia, a mulher trans é homossexual se se relacionar com outra mulher, 23 (31.5%) achavam que ela era heterossexual e 1 (1%) ignorou a questão. Já após a cirurgia, no pré-teste 55 (78.5%) achavam que ela era homossexual, 10 (14.3%) achavam que ela era heterossexual e 5 (7.1%) ignoraram a pergunta. No pós-teste, 50 (71.4%) achavam que ela era homossexual, 22 (30%) achavam que ela era heterossexual e 1 (1%) ignorou a pergunta.

A Figura 1 apresenta a quantidade de acertos obtidos pelos alunos antes e depois da realização da intervenção. Observa-se que para todos os conceitos avaliados, houve aumento do número de acertos no pós-teste.

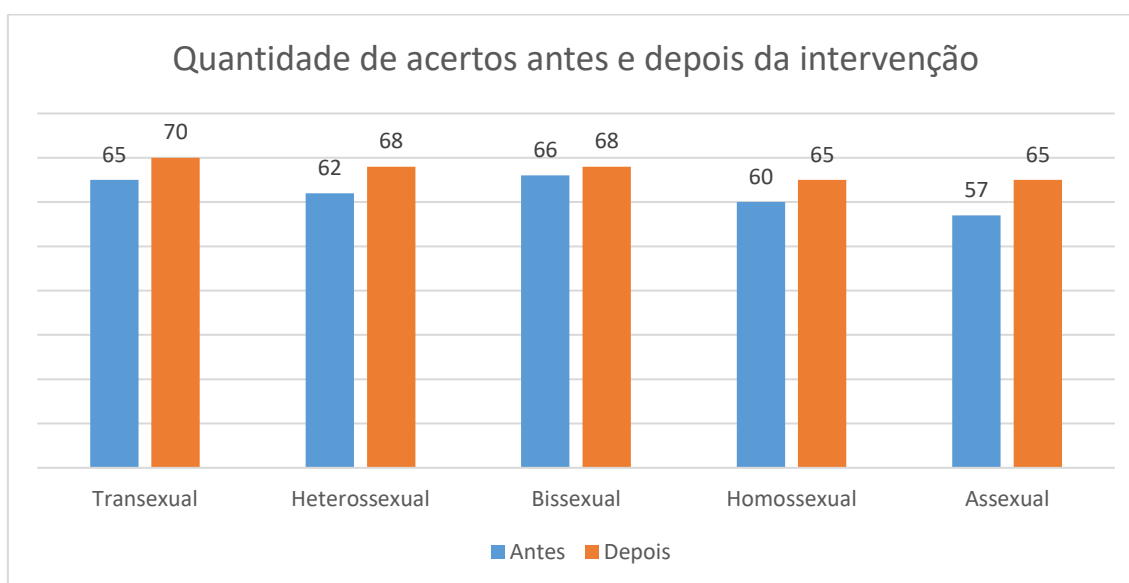


Figura 1 — Quantidade de acertos obtidos antes e depois da intervenção.

A Tabela 2 apresenta os resultados da aplicação do teste de hipótese para os diversos conceitos. São apresentadas as proporções (antes e depois), a estimativa para a diferença das proporções, o intervalo de confiança para a diferença entre as proporções a um nível de confiança de 95% e o p-valor do teste para a diferença entre as proporções.

Tabela 2 – Análise estatística da proporção de acertos

Conceito	Acertos						
	Antes	Depois	pA	pD	pA - pD	IC 95%	p-valor
Transexual	65	70	0,93	0,96	-0,03	(-0,1; 0,04)	0,43
Heterossexual	62	68	0,88	0,93	-0,04	(-0,14; 0,04)	0,34
Bissexual	66	68	0,94	0,93	0,01	(-0,07 ; 0,09)	0,78
Homossexual	60	65	0,85	0,89	-0,03	(-0,14 ; 0,07)	0,55
Assexual	57	65	0,81	0,89	-0,07	(-0,2 ; 0,03)	0,2
Influência dos brinquedos	64	70	0,91	0,96	-0,04	(-0,12 ; 0,03)	0,44

Em todos os conceitos avaliados, houve aumento (não estatisticamente significativo) no número de acertos. Apenas o conceito de bissexualidade apresentou redução na proporção de acertos a despeito do aumento absoluto. Esse achado é explicado pela diferença no tamanho amostra de Q1 para Q2.

DISCUSSÃO

Discutir e analisar sobre identidade, expressão, variação de gênero e diversidade sexual na adolescência é importante para que haja mais integração com as minorias, aceitação do “diferente”, inclusão nos meios sociais, diminuição de homo/bi/transfobia interna, maior conhecimento dos direitos à saúde e à educação e civis. (OPAS, 2017; REISNER *et al*, 2015).

A maior parte dos questionários foi respondida por meninas, o que talvez se deva à maior abertura das meninas aos novos conceitos. A média de idade foi 16 anos, mostrando um público adolescente tardio. Pela SBP, nesta idade já existe uma maior maturidade sexual e muitos já experimentaram alguma forma de sexualidade, seja autoerotismo ou relação sexual,

embora isso não signifique dizer que os mesmos são desprovidos de dúvidas, receios ou preconceitos, internos e ou externos (SBP, 2017). Estudo com adolescentes de idade entre 15 e 19 anos revelou que eles sofrem e perpetuam violência, mas sem reconhecê-la (OLIVEIRA *et al*, 2017). Construir relações de respeito, responsabilidade e tolerância no início da vida acerca de gênero e sexualidade faz com que os adolescentes sejam adultos jovens maduros para lidar com a diversidade sem excluí-la, mas abraçá-la. Em contrapartida, é relevante o fato de com média de idade ser 16 anos, o grupo já ter mostrado domínio sobre o assunto de identidade de gênero e sexualidade, e portanto já ter refletido, mesmo que superficialmente, a respeito da sua própria identidade de gênero e orientação sexual. Segundo o Disque Denúncia 100, a maior parte das pessoas vítimas de alguma forma de violência era LGBTQ+ tinha idade entre 19 a 24 anos (DISQUE DENÚNCIA, 2015).

Sobre o conceito do que é transexual, apesar da grande quantidade de acertos, a teoria parece não condizer com a realidade. O Brasil é o país que mais mata transexuais, seguidos pelo México e os Estados Unidos da América. Pelo ambiente hostil em que os transgeneros são colocados, a expectativa de vida é aproximadamente 45 anos, e muitos dessa população estão em situação de risco por falta de emprego, além do que muitos abandonam a escola por conta da não aceitação em casa ou por *bullying* na escola. O cenário faz com que essa população tenha maiores índices de transtornos psiquiátricos e orgânicos quando em comparação à população heterossexual. (BALZER; LAGATA; BERREDO, 2016; ANTRA, 2017; SCANDURRA *et al*, 2018; BROOKS, *et al*, 2018).

A maioria dos estudantes respondeu que os brinquedos não influenciam na tomada de decisão e orientação sexual. Esse dado é condizente com a literatura, destacando-se que a Sociedade Brasileira de Pediatria alerta para brinquedos de cunho preconceituoso, sexista ou estereotipado que possam influenciar negativamente os valores de diversidade e tolerância (SPB, 2017).

Sobre os conceitos de heterossexual, homossexual, bissexual e assexual, os números de acertos foram altos, o que se pode dever aos programas de atenção integral ao público LGBTQ+, à crescente visibilidade por parte de órgãos de representação mundial que despatologizam e promovem debates acerca dos direitos e saúde da população LGBTQ+ e fazem grande esforço para quebrar tabus e normatizar a diversidade sexual (MS, 2013; AVASUS, 2016; CID 11, 2018).

Quanto à pergunta sobre homossexualidade ser ou não doença, a maior parte dos estudantes acertou. A homossexualidade foi excluída do rótulo de doença pela OMS desde 1990, retirando o termo estigmatizado que configura doença: “homossexualismo”. Essas medidas indicam que os avanços da ciência podem ser paulatinamente incorporados e aceitos pela população que se mostra disposta a romper barreiras de preconceitos e a comprovar ou visualizar cientificamente a evolução desses aspectos (OMS, 1990; SCHMITZ *et al*, 2018).

Sobre interrogação a respeito de identidade de gênero e orientação sexual, antes e após a cirurgia de redesignificação e qual termo usar antes e depois, observou-se que por mais que os termos e conceitos possam confundir, se bem esclarecidos, são incorporados.

O presente estudo apresenta, como pontos fracos, a abrangência limitada a uma escola pública, não incluindo adolescentes de diferentes estratos sociais, e a amostra restrita àqueles que concordaram espontaneamente em participar do projeto, o que possivelmente excluiu estudantes que tivessem ideias negativas sobre o tema, ou que não desejassem expor suas opiniões ou vivências pessoais ao grupo de colegas.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que já antes da intervenção os alunos apresentavam conhecimento sobre tais aspectos da sexualidade e que houve algum acréscimo que possa ser atribuído ao efeito da intervenção. Sugere-se, então, que futuros estudos em escolas sejam realizados envolvendo a população infantil e pré-adolescente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression. **Washington, DC Online** **verfügbar unter** <http://www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf> [zuletzt geprüft am 14.07. 2013], 2011.

_____. Report of the APA task force on gender identity and gender variance. **Washington, DC: American Psychological Association**, 2009. Available online at www.apa.org/pi/lgbt/transgender/2008TaskForceReport.html.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 15-41, 2009.

BALEEIRO, Maria Clarice et al. Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa. In: **Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. 1999.

BALZER, C. L. 2,190 murders are only the tip of the iceberg –An introduction to the Trans Murder Monitoring Project. **TRANSGENDER EUROPE (TGEU) -TvT Publication Series**. 2016.

BARBOSA, Nestor Berilo. Caderneta de saúde do adolescente. 1987.

BENEVIDES, Bruna; SIMPSON, Keila. Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. **ANTRA**, 2018.

BORGES, Ana Luiza Vilela; NAKAMURA, Eunice. Social norms of sexual initiation among adolescents and gender relations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 94-100, 2009.

BRASIL. Disque 100. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília. 2014. Disponível em: www.carinhodeverdade.org.br/pub/pdf/cartilha_disque_100.pdf; Brasil. Ministério da Saúde.

_____. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Ministério da Saúde, 2005.

_____. IBGE. 2009. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>. Acesso em: 24/01/2018

_____. IBGE. 2013. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>. Acesso em: 24/01/2018.

_____. IBGE. 2016. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 24/01/2018.

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília, 2008

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Óbitos por causas externas. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.

CAMPOS, Dioclécio Junior; BURNS, Dennis Alexander Rabelo. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria/organizadores 4ª edição. Barueri, SP : Manole, 2017.

CAVALCANTE, Alcilene; XAVIER, Dulce. **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

COLEMAN, Eli et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. **International journal of transgenderism**, v. 13, n. 4, p. 165-232, 2012.

DE VRIES, Annelou LC; COHEN-KETTENIS, Peggy T. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. **Journal of homosexuality**, v. 59, n. 3, p. 301-320, 2012.

DESSER, N.A. Adolescência: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Gender, sexuality and violence: perception of mobilized adolescents in an online game. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 607-614, 2018.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 1, p. 0-0, 2007.

KALTIALA-HEINO, Riittakerttu et al. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. **Adolescent health, medicine and therapeutics**, v. 9, p. 31, 2018.

MELIM, Juliana Iglesias. Trajetória da proteção social brasileira à infância e à adolescência nos marcos das relações sociais capitalistas. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 167-184, 2015.

MODENA, C. M.; NOGUEIRA, M. J.; SCHALL, V. T. Interface entre educação e saúde: descrevendo uma estratégia propícia ao diálogo, reflexão e troca de experiências sobre sexualidade com adolescentes. **Revista Educação em Foco**, v. 11, n. 11, p. 107-126, 2008.

MOTT, Luiz; MICHELS, Eduardo; CERQUEIRA, Marcelo. GRUPO GAY DA BAHIA(GGB): MORTES VIOLENTAS DE LGBT NO BRASIL RELATÓRIO 2017.

NOGUEIRA, Maria José et al. **Sexualidade e gênero na adolescência: uma perspectiva educacional**. 2008. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes De et al. Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 134-143, 2016.

PANG, Ken C. et al. Molecular Karyotyping in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. **Transgender health**, v. 3, n. 1, p. 147-153, 2018.

REISNER, Sari L. et al. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. **The Journal of Sex Research**, v. 52, n. 3, p. 243-256, 2015.

SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. 2013.

SCANDURRA, Cristiano et al. Internalized Transphobia, Resilience, and Mental Health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian Transgender Individuals. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 3, p. 508, 2018.

SCHMITZ, Rachel M.; SANCHEZ, Julissa; LOPEZ, Bianca. LGBTQ+ Latinx young adults' health autonomy in resisting cultural stigma. **Culture, health & sexuality**, p. 1-15, 2018.

SIMONS, Lisa K.; LEIBOWITZ, Scott F.; HIDALGO, Marco A. Understanding gender variance in children and adolescents. **Pediatric annals**, v. 43, n. 6, p. e126-e131, 2014.

SIMONSEN, Rikke Kildevæld et al. Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. **Nordic journal of psychiatry**, v. 70, n. 4, p. 241-247, 2016.

SPIZZIRRI, Giancarlo et al. Grey and white matter volumes either in treatment-naïve or hormone-treated transgender women: a voxel-based morphometry study. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 736, 2018.

5. APÊNDICE

QUESTIONÁRIO LAPED NA ESCOLA

Primeiro dia

Identificação

Nome completo: _____

Idade: _____

Série: _____

Sexo: _____

Identidade de gênero

1- O que é ser transexual?

- a) É gostar de meninos e meninas.
- b) É gostar de pessoas do mesmo sexo até uma idade e depois passar a gostar de pessoas do sexo oposto.
- c) É quando alguém não se reconhece com o corpo que nasceu, por exemplo, uma menina que nasceu no corpo de menino, ou um menino que nasceu num corpo de menina.
- d) É ser gay.

2- Você acha que meninas que brincam com carrinhos ou meninos que brincam com bonecas podem se tornar homossexuais quando adultos?

() Sim () Não

3- Coloque certo ou errado

3.1 () Heterossexuais: se sentem atraídos sexual e/ou afetivamente por pessoas do gênero contrário ao seu.

3.2 () Homossexuais: se sentem atraídos sexual e/ou afetivamente por pessoas do gênero idêntico ao seu.

3.3 () Bissexuais: podem se sentirem atraídos por pessoas do gênero masculino, ou do gênero feminino.

3.4 () Assexuais: não se sentem atraídos sexualmente por ninguém.

4- A homossexualidade é uma doença?

() sim () não () não sei

5- Jéssica nasceu no corpo de menino e era conhecida como João Pedro, até os 16 anos, quando resolveu pedir ajuda profissional para transformar-se em mulher, pois era assim que se reconhecia: uma mulher. Hoje, COM O CORPO DE MULHER, MAS SEM FAZER A MUDANÇA DE SEXO, OU SEJA, COM GENITÁLIA MASCULINA, ela namora uma outra mulher, a Helena. Podemos afirmar que Jéssica e Helena formam um casal:

a) Homossexual b) Heterossexual

6-Jéssica nasceu no corpo de menino e era conhecida como João Pedro, até os 16 anos, quando resolveu pedir ajuda profissional para transformar-se em mulher, pois era assim que se reconhecia: uma mulher. Hoje, COM O CORPO DE MULHER E APÓS A CIRURGIA DE MUDANÇA DE SEXO, OU SEJA, MULHER COM GENITÁLIA FEMININA, ela namora uma outra mulher, a Helena. Podemos afirmar que Jéssica e Helena formam um casal:

a) Homossexual b) Heterossexual

Se você fosse mãe/pai de João Pedro, o que você faria quando ele falasse que não se reconhecia como menino e pedisse sua ajuda para se transformar em Jéssica?
