

Questões LGBTI+ e garantia dos direitos sexuais de crianças e adolescentes

LGBTI+ issues and guaranteeing the sexual rights of children and adolescents

Regina Figueiredo¹

Resumo:

O artigo faz uma análise nas mudanças legais envolvendo os direitos de crianças e adolescentes no Brasil, além das iniciativas que envolvem direitos sexuais e reprodutivos, procurando atualizar a importância desses na promoção da saúde dessas populações, considerando as especificidades das questões de gênero e sexualidade agrupadas nos grupos LGBT. Discorre sobre a importância da atenção, atualização e da promoção do não preconceito contra crianças que apresentem diversidade de gênero em serviços de saúde, escolas e famílias, e da promoção em saúde geral anteveendo as mudanças da puberdade trans e LGBT, incluindo o direito a assistência à promoção da prevenção em saúde sexual e reprodutiva para este público e a importância da garantia da autonomia e sigilo nesta promoção.

Palavras-chave: Saúde; Direitos; Saúde sexual e reprodutiva; Crianças e adolescentes; LGBT

Abstract:

The article analyzes the legal changes involving the rights of children and adolescents in Brazil, in addition to the initiatives involving sexual and reproductive rights, seeking to update the importance of these in promoting the health of these populations, considering the specificities of gender and sexuality issues grouped in LGBT groups. It discusses the importance of attention, updating and promotion of non-prejudice against children who present gender diversity in health services, schools and families, and of general health promotion anticipating the changes of trans and LGBT puberty, including the right to assistance to the promotion of prevention in sexual and reproductive health for this public and the importance of guaranteeing autonomy and confidentiality in this promotion.

Keywords: Health; rights; Sexual and reproductive health; Children and adolescents; LGBT

¹ Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social, mestre em Antropologia, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do Projeto de Implementação da Saúde do Adolescente e do Jovem para o SUS-SP desta secretaria.

Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988¹, iniciou-se no Brasil um processo de democratização e implementação de novo pacto social, embasado no princípio do Estado como promotor de bem-estar social ou, como se costuma dizer, um Estado de Bem-Estar Social. Neste modelo, são previstas a implementação de políticas públicas de seguridade social, saúde, educação e assistência social, entre outras, enquanto direitos de todos os cidadãos.

Especificamente com relação à população de crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)², promulgado em 1990, vai incluí-los explicitamente no rol de beneficiados, ao alçá-los à condição de sujeitos de direitos. Dessa forma, o ECA institui um novo princípio de legalidade com relação às crianças, estabelecendo também a definição de criança como pessoa, desde o nascimento até antes dos 12 anos de idade, e definindo adolescentes como aqueles de 12 até menos de 18 anos.

Crianças e adolescentes passam, assim, a ser alvo de políticas públicas de promoção à sua cidadania, inclusive de saúde, enquanto um direito inalienável. Tal aspecto é fundamental de ser compreendido, uma vez que, até então, a lei em vigor no Código de Menores³ vinculava todas as ações de crianças e adolescentes ao princípio do pátrio-poder, cabendo à família decidir sobre ações envolvendo esses indivíduos que repercutiam, inclusive, em seu direito à liberdade, à integridade e ao alcance de ações do Estado.

A nova condição de cidadão de direitos dá às crianças e aos adolescentes uma independência de acesso a benefícios enquanto sujeitos de direito individual, respaldando que tais direitos são independentes da vontade ou concordância dos pais ou responsáveis. Ou seja, torna o público infantil e adolescente beneficiário autônomo da promoção do bem-estar, devendo o Estado garanti-lo em todas as situações, inclusive enfrentando qualquer poder familiar que possa tentar coibi-lo.

Considerando o artigo 7º do ECA, o direito à saúde é fundamental para a cidadania, por isso esta lei preconiza que

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”² (art. 7º).

Isto supõe que não só o cuidado em saúde, por meio de ações preventivas e de atenção curativa, mas também a garantia de proteção à integridade física e mental necessárias à saúde deste público devem ser observadas, o que inclui obviamente aspectos relativos à sexualidade.

Considerando que “a Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, em seu parágrafo 18, afirma que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais”⁴, passou-se a observar a vulnerabilidade dessa população feminina, independentemente da idade, quanto às ocorrências que violam sua cidadania, destacando as péssimas condições relativas às situações de parceria conjugal, maternidade e contracepção que as mulheres, inclusive crianças e adolescentes, enfrentam em vários países. Por isso, a “Plataforma de Ação da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher”, realizada em 1995 em Pequim⁵, reiterou a questão de que não há como defender os direitos humanos sem que sejam incluídos os direitos da metade feminina da população mundial. A partir daí, foi promulgada a defesa dos direitos reprodutivos (atualmente definidos como sexuais e reprodutivos), considerando que:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença

(...)

direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e

responsavelmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva.”⁵ (p.178).

Esta Plataforma, aprovada no Congresso Nacional brasileiro em 2004, explicita que todas as mulheres, independentemente da idade, têm “direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência”⁵ (p.178).

Isso significa que crianças e adolescentes não só não podem ser usados e/ou abusados com objetivos sexuais e de reprodução por outras pessoas, mas que seu bem-estar físico, mental e social relativo a aspectos associados à sexualidade precisa ser preservado e estar livre de discriminações, coerções e violências de qualquer tipo, inclusive as propagadas pela comunidade ou seus familiares. Pois, como expressa o ECA:

“O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.”² (art. 17).

Direitos sexuais, reprodutivos e diversidade

– aceitação desde a infância:

Dados das Nações Unidas estimam que entre 0,05% e 1,7% da população nasça com características intersexuais⁶, o que no Brasil representaria de 1.063 a 36.142 pessoas da estimativa atual de 212.600.000 feita pelo IBGE⁷. Desde 2021, a identidade dessas crianças não precisa mais ser “restrita” ao binarismo “homem/mulher”, já que o Conselho Nacional de Justiça, no Provimento nº 122⁸, determinou que sejam

identificados na certidão de nascimento como “sexo ignorado” para que possam, durante o crescimento, expressar a sua identidade de gênero. Isso significa um avanço nos direitos sexuais e reprodutivos e na aceitação dessas pessoas, protegendo-as de constrangimento e promovendo o respeito desde a infância, conforme preconiza o ECA.²

Considerando o fenômeno da identidade de gênero, estudos científicos⁹⁻¹³ vêm comprovando que grande parte dos casos de “disforia de gênero”, ou seja, de pessoas que não se identificam com o sexo genital-biológico de nascimento, se manifesta desde a infância.

Para essas crianças, é importante salientar que a medicina, assim como a psiquiatria e a psicologia, não considera mais tais manifestações como doenças ou transtornos, inclusive no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) removeu este item, o chamado “transtorno de identidade de gênero”, de sua Classificação Internacional de Doenças nº11 (CID-11)¹⁴ em 2019. A condição de transexualidade passa a ser identificada como uma condição de vida, uma especificidade, como apenas uma “incongruência de gênero”, incluída em questões de saúde para procedimentos e atenção específica que deem apoio e forneçam saúde a esses indivíduos.

“Levando em conta essa atualização científica e as orientações pactuadas pelo Brasil na Convenção dos Direitos das Crianças com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é preciso considerar e proteger as crianças da violência que enfrentam em suas residências, na escola e também nas comunidades, e do desrespeito aos seus direitos. “Os Estados Partes devem adotar todas as medidas apropriadas para assegurar que a criança seja protegida contra todas as formas de discriminação ou punição em função da condição, das atividades, das opiniões manifestadas ou das crenças de seus pais, representantes legais ou familiares.” (art. 2.2).¹⁵

Pesquisas nacionais e internacionais apontam que boa parte das pessoas trans sofre violência psicológica e até física na família^{16, 17}, uma vez que

“[...] historicamente, o dispositivo da sexualidade autoriza as famílias a serem as guardiãs das normas sobre a sexualidade de seus membros, garantindo a heteronormatividade a partir da exclusão de toda dissidência a essa norma.”¹⁸ (p.1).

Nesse sentido, é desde tenra infância que as pressões sobre as crianças para que atendam aos padrões tradicionais binários de sexo e gênero se instalam, acometendo mais enfaticamente aquelas que não se encaixam ou se identificam com as expectativas familiares. Infelizmente, no Brasil, não há dados específicos sobre essa violência doméstica sofrida pelas crianças e adolescentes LGBT; o que sabemos são relatos de vida de adultos que identificam tais agressões, chegando a casos em que há expulsão da própria casa e da família.¹⁶

Ao mesmo tempo, é sabido que muitas famílias procuram atendimento psicológico para adolescentes na lógica das terapias de reversão da orientação sexual ou cura da homossexualidade, no intuito de “prevenir” a manifestação da homossexualidade. É como se a homossexualidade, incluindo lesbianidade, transexualidade e travestilidade, fossem problemas a serem evitados e não elementos constitutivos das subjetividades e identidades que devem ser protegidas conforme prevê o ECA, o que implica reconhecimento da dignidade da pessoa humana.

Da mesma forma que a família, a escola se mostra como um local de propagação do desrespeito aos direitos LGBT. As violências ocorrem não apenas entre alunos, mas também há suas manifestações por parte de professores que, ora se mostram indiferentes a tais agressões, ora podem ser até os autores delas.

Em 2015, uma pesquisa internacional apontou que 72,6% dos estudantes brasileiros identificados como LGBT haviam sofrido agressões verbais na escola e 24,6%, violências físicas.¹⁹ Nesse sentido, segundo a

pesquisa, “a violência no ambiente escolar expulsa os estudantes da escola e os empurra para a depressão, a automutilação e o suicídio.”¹⁹

Portanto, a luta pelos direitos sexuais de crianças e adolescentes vai além do trabalho de prevenção aos abusos sexuais físicos tão bem descritos no ECA², no que se refere a toques, induções, manipulações e estupro, hoje focados nos cursos e discussões de violência familiar contra crianças e adolescentes. Devem encampar também preconceitos e violências verbais e psicológicas impingidas pelas famílias, assim como as promovidas e reproduzidas pela própria escola, que desrespeitem manifestações e comportamentos pessoais de crianças e adolescentes que se mostrem LGBT ou fora do padrão heteronormativo.

O fato de a escola ser um espaço que não respeita as manifestações e identidades de sexualidade e gênero LGBT motivou, com relação às crianças trans, a promulgação pelo Conselho Nacional de Educação da Resolução nº 1 de 2019²⁰ sobre o nome social, autorizando seu uso inclusive por crianças e adolescentes:

“Alunos menores de 18 anos podem solicitar o uso do nome social durante a matrícula ou a qualquer momento, por meio de seus representantes legais, em conformidade com o disposto no artigo 1.690 do Código Civil e no Estatuto da Criança e do Adolescente.” (p.2).

Com o mesmo objetivo de garantir o respeito a essas crianças, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) do Ministério dos Direitos Humanos (atual Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos) soltou a Resolução nº12 de 2015²¹, que explicita:

“Deve ser garantido o uso de banheiros, vestiários e demais espaços segregados por gênero, quando houver, de acordo com a identidade de gênero de cada sujeito.” (artigo 6º).

Essas ações demonstram iniciativas importantes na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos LGBT. Porém, ressalta-se que há necessidade, por parte dos poderes públicos federais, estaduais e municipais, não só de promover campanhas informativas para a população sobre a probabilidade de ocorrência do fenômeno trans e os direitos já conquistados no país, mas também preparar os equipamentos de denúncia e defesa de direitos, como os Conselhos Tutelares, para a proteção dessas crianças de casos mais abusivos. Essa compreensão ainda não está em voga²² e deveria ser foco prioritário das Secretarias de Justiça e Cidadania.

Ao mesmo tempo, aqui também se registra o retrocesso da retirada da indicação explícita da promoção da discussão sexo/gênero da nova Base Nacional Comum Curricular promulgada em 2019²³, que relegou essa temática à genérica defesa e promoção dos direitos humanos, enfraquecendo a sua explicitação fundamental.

Nesse sentido, o setor da Saúde precisa ter uma perspectiva ampliada de sua rede de atendimento, de forma que seus profissionais difundam informações e articulações para as outras instâncias, como a da Educação e Assistência Social, promovendo um cuidado intersetorial para crianças e adolescentes, com a promoção dos direitos LGBTI, divulgando as novas legislações, diretrizes e resoluções, como a que veta a cura ou o tratamento da homossexualidade ou transexualidade, por esses perfis serem condições de vida e não se constituírem enquanto um mal e uma doença.

Direitos sexuais e reprodutivos nos comportamentos e práticas sexuais de adolescentes

Diferentemente das crianças, que ainda não sofreram mudanças hormonais com relação à sexualidade, adolescentes entram num processo de maturação de seu desenvolvimento sexual que envolve, além da mudança dos caracteres sexuais secundários, do funcionamento dos órgãos sexuais e reprodutivos²⁴, alterações também nos comportamentos e atitudes sexuais, incluindo o desejo. Infelizmente, como ressalta Souza²⁵, “quando debatida no campo da criança e do

adolescente, a sexualidade é vista como tabu, excluindo da criança e do adolescente qualquer possibilidade de manifestação autônoma referente à mesma” (p. 87).

- mudanças no corpo de adolescentes trans:

Para pré-adolescentes trans, a proximidade das mudanças corporais pode se configurar como um extremo terror, uma vez que assistirão transformações no sentido ao sexo que não se identificam em gênero. Frente a essas, são registrados casos de sofrimento mental intenso, ansiedade, depressão, com prejuízos também na vida social e escolar.²⁶⁻²⁸

Além disso, se observa a busca espontânea de serviços de saúde que realizam o processo transexualizador por este público, ao mesmo tempo em que se procura evitar casos de uso autônomo irregular e sem indicação médica dos hormônios do sexo ao qual se identificam. Quanto à hormonização de adolescentes trans, o Ministério da Saúde chegou a incluir este item na Portaria nº 859 de 2013, que redefiniu e ampliou o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), porém, imediatamente a revogou, devido a pressões sociais conservadoras.²⁸

Por esse motivo e devido à continuidade da demanda, houve consulta ao Conselho Federal de Medicina (CFM), que por meio do Parecer nº 8 de 2013²⁶ autorizou a adoção do bloqueio de crianças que se mostrarem trans, nos primeiros sinais de puberdade, ao mesmo tempo em que autorizou, a partir dos 16 anos e em centros especializados de excelência e multiprofissionais, a realização da hormonioterapia para o gênero desejado de adolescentes que continuassem a se mostrar com incongruência de gênero. O procedimento de bloqueio segue o mesmo protocolo clínico dos casos de puberdade precoce, aprovado pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 3 de 2017²⁹; já o procedimento de hormonização segue recomendações e diretrizes internacionalmente reconhecidas, como as Normas de Atenção à Saúde da Professional Association for Transgender Health (WPATH)²⁷ e as Diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia.³⁰

Nesse sentido, adolescentes trans têm direito a esses tratamentos para ter seus direitos sexuais assegurados; por isso, há necessidade de ampliar esses serviços para esta população em todo o país, ao mesmo tempo em que se verificam que muitos deles têm recorrido à justiça para exercer tal direito.

- desejo, contatos e riscos sexuais de adolescentes:

As mudanças hormonais da puberdade também geram desejo e iniciam atitudes sexuais. É na fase de adolescência, em geral, que haverá os primeiros contatos afetivo-sexuais, que no Brasil têm média de ocorrência em torno dos 15 a 16 anos de idade.³¹

Esse não é um fenômeno novo no país, dados que registros apontam que os casamentos ocorriam, desde o Brasil-Colônia, em média entre os 14 e 15 anos de idade, sendo que legalmente os casamentos eram permitidos a partir dos 12 anos para meninas e 14 anos para meninos.³² Tal média brasileira também se verifica entre os grupos indígenas³¹, componente historicamente fundamental de nossa população, excluindo-se aqui obviamente as escravas estupradas.³³

Pesquisa comparativa realizada em 2012 pela DUREX³⁴, em 37 países, mostrou que o público adulto brasileiro referiu ter tido sua primeira relação sexual, em média, idade similar à Rússia, França e Estados Unidos. Já pesquisas apontam uma média de início aos 15,8 anos nos Estados Unidos.³⁵ Estudo realizado em 2011 em escolas de 10 países europeus ter revelado também idade de 15 anos.³⁶

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar de 2019³⁷ registrou que, entre os estudantes brasileiros de 13 a 15 anos, 24,3% já haviam tido relações sexuais; e entre os de 16 e 17 anos, 55,8%. Esses contatos são realizados na quase totalidade das vezes com outro adolescente³⁸. A pesquisa “POP-Brasil”³⁹, feita pelo Ministério da Saúde, encontrou diferença média de 3,2 anos de idade entre os parceiros e mostrou que nem sempre essa relação ocorre quando há envolvimento afetivo ou dentro de um relacionamento³⁸. Independentemente deste fator, tais práticas expõem

que a primeira relação sexual ocorre, para a maioria, na adolescência.

Com relação a práticas sexuais, estudo amostral realizado com alunos de Ensino Médio de escolas públicas da cidade de São Paulo⁴⁰ apontou que, dos 64,2% que afirmaram ter tido relações sexuais, 2,8% haviam mantido relações homo ou bissexuais. Este número aumenta com a idade, conforme as relações sexuais se intensificam, provavelmente até atingir a percentagem verificada pelos estudos feitos pela Universidade de São Paulo⁴¹, cerca de 10% entre adultos, embora essas práticas nem sempre sejam externalizadas pelos adolescentes e jovens para seus familiares⁴², inclusive entre os LGBTI, que podem sofrer retaliações.^{16, 18}

Com relação à gravidez, cabe lembrar que toda a população LGBT também tem direito à orientação e acesso a formas de prevenção, tal como previsto na Constituição Federal¹, uma vez que, da mesma forma que a população hetero e cisgênero, está sujeita a gestações. Também com relação às ISTs, é importante salientar que as práticas sexuais adolescentes apresentam risco. Pesquisa do Ministério da Saúde³⁶ aponta ainda que entre pessoas de 16 a 25 anos, em geral, 12,7% já havia tido alguma IST e 35,2% mais de uma IST; mais da metade (53,6%) está infectada com – o vírus HPV, sendo que, desses, 31% têm mais de um tipo de HPV e 35,2% possuem HPVs de alto risco, ou seja, cancerígenos. Já com relação à sífilis, as maiores taxas de sífilis adquirida são encontradas na faixa etária de 20 a 29 anos, porém, entre jovens de 13 a 19 anos, a taxa de detecção aumentou em 1.654% entre 2010 e 2020.⁴³

Todas essas pesquisas apontam a ampla prática sexual de adolescentes e a exposição de risco a que estão submetidos quando não há estratégias de prevenção e atenção em saúde que os alcancem. Por isso, cabe sempre reforçar que adolescentes, inclusive LGBT, além dos direitos relativos à proteção contra abusos sexuais e violências advindas das práticas ou vivências de sua sexualidade e gênero, também têm, enquanto direitos sexuais e reprodutivos, o direito a ter contatos sexuais voluntários enquanto pessoas sexuais. Além disso, têm o direito que essas práticas ocorram com

orientação e efetivação, por meio do acesso às tecnologias de saúde para prevenção às gestações não planejadas e às ISTs, além da assistência à saúde, no caso dessas ocorrerem.

A maior vulnerabilidade a questões de saúde sexual pela população LGBT, principalmente quanto às ISTs, vem sendo registrada em estudos científicos e dados epidemiológicos: entre mulheres que fazem sexo com mulheres⁴⁴⁻⁴⁵; entre homens que fazem sexo com homens⁴⁶, também e de forma ainda mais acentuada entre a população trans feminina e travesti⁴⁶⁻⁴⁷. Isso deve ser considerado, uma vez que pesquisas realizadas com alunos do Ensino Médio⁴⁸ apontam que ainda há uma parte acima de 15% que não tem acesso a informações sobre IST na escola, além de, em geral, cerca de 40% não receberem informação ou incentivo, nas escolas, sobre a possibilidade de aquisição de preservativos gratuitamente nas unidades básicas de saúde próximas à sua residência.

Nesse sentido, além da informação, uma das principais questões quando se refere à condição de se fornecer saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, inclusive LGBT, é o direito ao respeito à privacidade, ao sigilo e à confidencialidade, para que possam criar vínculo e se sentir à vontade para procurar e tratar de suas questões íntimas com os profissionais de saúde. Quanto a adolescentes, o Ministério da Saúde é claríssimo em expressar, na caderneta da/o adolescente, a orientação de “Nas consultas, você tem direito de ser atendido sozinho, caso você queira, independentemente da presença de seus pais ou responsáveis”⁴⁹⁻⁵⁰ (p. 9 em ambas as publicações). Da mesma forma, a “Linha de Cuidado de Adolescente e do Jovem para o SUS-SP”⁵¹ implementou, em nível estadual, essas orientações federais pautadas na autonomia do adolescente, orientando que a atenção em saúde deve levar em conta que:

“O sigilo e a confidencialidade devem ser garantidos explicitamente em todos os atendimentos, considerando que fazem parte das principais características

valorizadas por adolescentes e jovens na atenção à sua saúde” (p.110).

Além disso, o Ministério da Saúde explicita, em manual⁵² para serviços e profissionais, que “informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita” (p.47), referindo-se a adolescentes.

Na área do Direito, Ventura e Corrêa ressaltam e confirmam que o direito à privacidade e à saúde, no atendimento à saúde e a outras circunstâncias, “não se constitui ato ilícito a prescrição, orientação ou manutenção do sigilo de atividade sexual de adolescente”.⁵³

Essa conduta permite não apenas a adesão e assistência a adolescentes que não compartilham informações íntimas com suas famílias, mas também aqueles que compartilham e querem ter detalhes de sua intimidade reservada, seja por variações de parceria, tipos de prática sexual ou mesmo situação de orientação sexual e gênero que desejem preservar.

No caso de adolescente LGBT, a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT⁵⁴ é explícita, quando cita a atribuição da articulação de secretarias de saúde estaduais e municipais “para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio” (p.23); o que envolve não apenas suas vulnerabilidades enquanto grupo, mas também suas especificidades e a percepção da violência e falta de aceitação a que, muitas vezes, estão submetidos inclusive dentro de suas famílias.

Considerações finais

Como a introdução dos direitos humanos com relação a crianças e adolescentes ocorreu de forma gradual no Brasil, o desconhecimento de leis e normas relativos aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como aos aspectos de autonomia e direitos com relação à sexualidade, são enormes.

Há necessidade de discussão e entendimento das mudanças legais, inclusive do campo da saúde, visto que

os parâmetros normativos são mais progressistas e garantidores dos direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes, incluindo os LGBTI, do que as formações acadêmicas, que estão desatualizadas, as práticas realizadas nos serviços de saúde e o nível de informação de gestores e profissionais que estão imersos numa onda de conservadorismo moral que se abateu sobre o país.

A falta de compreensão desses direitos sexuais e reprodutivos tem sido o maior entrave para a efetivação desses a crianças e adolescentes.

Referências

1. Brasil. Assembleia Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
2. Brasil. Presidência da República. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1990.
3. Brasil. Lei nº 6.697 – institui o Código do Menores. Brasília; 10 out 1979.
4. Piovesan F. O que são Direitos Reprodutivos?. Portal Geledés; 15 set. 2019. (Internet). Disponível em: https://www.geledes.org.br/o-que-sao-direitos-reprodutivos/?gclid=CjwKCAjwquWVBhBrEiwAt1Kmwj5nqtWhkIC4OGQwodoKtmPJzurB3Hko5zyLGdZwiTNVw-5HNI2NmBoCisYQAvD_BwE [acesso em: 27 jun.2022].
5. ONU Mulheres. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995. In: Frossard H. (orgs.). Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Brasília: Brasil. Secretaria Especial de Política para as Mulheres; 2006. pp.147-258.
6. Organização das Nações Unidas (ONU). Conselho de Direitos Humanos. Resolução A/HRC/29/23. Annual report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General: Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Genebra, 2015. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/551948dc4.html>. Acesso em: 21 junh. 2022.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. População. IBGE. (on line). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. [acesso em: 21 fev 2022, 16:23hs].
8. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 122 - dispõe sobre o assento de nascimento no Registro Civil das Pessoas Naturais nos casos em que o campo sexo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou na Declaração de Óbito (DO) fetal tenha sido preenchido “ignorado”. Brasília; 13 ago. 2021.
9. Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, Baird PM, Vilain E, Kennedy T, & col. Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biol Psychiatry*. 2009; 65(1):93–96. (Internet). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402034/#:~:text=In%20conclusion%2C%20our%20findings%20indicate,male%2Dto%2Dfemale%20transsexualism>. [acesso em: 26 jul. 2022].
10. Burke, SM, Manzouri AH, Savic I. Structural connections in the brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Scientific Reports*. 2017; 7:17954. (Internet). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-17352-8>. [acesso em: 26 jul. 2022].
11. Foreman M, Hare L, York K, Balakrishnan K, Sanchez FJ, Harte F, & cols. Genetic Link Between Gender Dysphoria and Sex Hormone Signaling. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019; 104(2):390–396. (Internet). Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01105>. [acesso em: 26 jul. 2022].
12. Spizzirr G, Duran FLS, Chaim-Avancini TM, Serpa MH, Cavallet M, Pereira CMA, & cols. Grey and white matter volumes either in treatment-naïve or hormone-treated transgender women: a voxel-based morphometry study. *Scientific Reports*. 2018; 8:736. doi:10.1038/s41598-017-17563-z. (Internet). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-17563-z.pdf>. [acesso em: 26 jul 2022].
13. Foigel ME, Gagliotti DAM, Saadeh A. De adultos a crianças: análise retrospectiva e psicanalítica de serviço ambulatorial de população com disforia de gênero-transtorno de identidade de gênero-transsexualismo. *Rev. Bras. Psicanál.* 2014; 48(4):73-82 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400007. [acesso em: 26 jul 2022].

14. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 2019. (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification=-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20...> [acesso em: 26 jul. 2022].
15. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Convenção sobre os direitos das crianças. 1990. (Internet). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. [acesso em: 26 jul. 2022].
16. Menezes LMJ. Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans. *BIS - Bol. Inst. Saúde*. 2018; 19(2): 62-76.
17. Katz-Wise S, Rosario M, Tsappis M. Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatr Clin North Am*. 2016; 63(6):1011-1025
18. Toledo LG, Teixeira Filho FS. Homofobia familiar: abrindo o armário 'entre quatro paredes. *Arq. Bras. Psicol.* 2013; 65(3):376-391.
19. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT). Pesquisa nacional sobre o ambiente educacional no Brasil 2016 as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba; 2016.
20. Brasil. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. RESOLUÇÃO nº 1 - define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares. Brasília; 19 jan. 2018.
21. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Resolução nº 12. Brasília; 16 jan. 2015.
22. Figueiredo R. Conselhos Tutelares: promoção de direitos de adolescentes LGBT+ ou reprodução do preconceito?. *Bagoas*. 2021; 14(22):397-429.
23. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Brasília; 2019.
24. Crespin J, Reato LFN. (orgs). *Hebiatria – medicina da adolescência*. São Paulo: Roca; 2007.
25. Souza MV. Pedra no sapato? reflexões sobre a adolescência e processo transexualizador. [Syn]Thesis. 2016; 9(1):85-93.
26. Conselho Federal de Medicina (CFM). Parecer nº 8/13 - Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. Brasília; 22 fev. 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>. [acesso em: 26 jul. 2022].
27. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, & cols. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. WPATH. 2012 7ª ed. (Internet). Disponível em: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf [acesso em: 26 ju. 2022].
28. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, & cols. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017; 102(11):3869-3903.
29. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Portaria Conjunta nº 3 - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Puberdade Precoce Central. Brasília; 8 jun. 2017.
30. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Wall HAD, Gooren LJ, Meyer WJ, & cols. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2009; 94(9):3132-3154.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD – Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2006. Brasília; 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/>. [acesso em: 21 mar 2021].
32. Oliveira AAS, Xavier MDF, Alves GF. Reações familiares diante da situação de gravidez na adolescência i impacto

- da gravidez na adolescência: rejeição, aceitação e apoio. Interdisciplinar. Rev. Eletr. da Univar; 2011; 5:30-36. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/downloads/relacoesfamiliares.pdf>. [acesso em: 21 mar 2021].
33. Freitas M. A. O cotidiano afetivo-sexual no Brasil colônia e suas consequências psicológicas e culturais nos dias de hoje. Ponta de Lança. 2011; 5(9):63-68.
34. Reckitt Benckiser Group, Durex. The face of global sex 2012 - First sex Using a condom and its impact on future sexual behaviour. Berkshire, Reino Unido;
35. Virgínia Departamento of Health. Age of First Sexual Intercourse. SSun Special Focus Report, oct 2012:1-3. Disponível em: <https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/10/2016/01/SSuN-Fact-Sheet-Age1stSex-04-10-13.pdf>. [acesso em: 21 fev 2022].
36. Gambadauro P, Carli V. Hadlaczyk G, Marco Sarchiapone M, Apter A. Correlates of sexual initiation among European adolescents. PLoS One. 2018; 13(2): e0191451. [on line]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805230/>. [acesso em? 21 fev. 2022].
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde escolar (PENSE). Rio de Janeiro; 2019.
38. Zagury T. Encurtando a adolescência. Rio de Janeiro: Record; 1999. 4ª ed.
39. Brasil. Ministério da Saúde. 2017. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo Papilomavírus Humano POP-Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67470/14.12.2020_estudo_pop_brasil.pdf?file=1&type=node&id=67470&force=1. [acesso em: 21 fev. 2022].
40. Figueiredo R, Pupo LR, Alves MCP, Escuder MML. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
41. Abdo C. Mosaico 2.0. São Paulo: PROSEX/IPQ/HC/FM/USP; 2012.
42. Faculdade de Medicina UFMG. ISTs avançam entre os jovens e mostram redução no uso de preservativos. 29 jun 2021. [on line]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/ists-avancam-entre-os-jovens-e-mostra-reducao-no-uso-de-preservativos/#:~:text=Para%20se%20ter%20uma%20ideia,1%20654%25%20entre%202010%20e%202020>. [acesso em: 21 fev 2022].
43. Todxs (Todes). Pesquisa nacional por amostra da população LGBTI+. (on line). Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/redes/valorizacao_diversidade/cartilhas/Pesquisa%20Nacional%20Por%20Amostra%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20LGBTI%2B.2020.pdf. [acesso em: 21 fev 2022].
44. Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. Ciênc. Saúde Col. 2020; 25(10):3809-3819.
45. Fontes GQ, Aguiar AR, Gonçalves ASS, Menezes JPL, Santos VTA. Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil; Brazilian Journ. Health Review. 2021; 4(1):2739-. DOI:10.34119/bjhrv4n1-219.
46. Pontes CK. Prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. Prof Saúde. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza, 2020.
47. Menezes LMJ. Das infecções sexualmente transmissíveis à sífilis: uma análise sobre a realidade de adolescentes e jovens em Franco da Rocha. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2022.
48. Pontes CK. Prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. Prof Saúde. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza, 2020.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente. Brasília; 2014.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Adolescente. Brasília; 2014.
51. Nasser M, Takiuti AD, Sala A, Pimenta AL, Billand JSJ & cols. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e

Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J/SES-SP, 2021.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens - orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília; 2007.

53. Ventura M, Correa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsia normativas, alternativas interpretativas. Cad. Saúde. Públ. 2006; 22(7):1-9.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Brasília; 2013.

