

# Atenção à saúde sexual e reprodutiva – levantamento estadual para a construção da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)

**Sexual and reproductive health care – state survey for the construction of the Healthcare Service Network for Adolescents and Young People for the National Health System (SUS) in the State of São Paulo (LCA&J)**

Regina Figueiredo<sup>I</sup>, Júlia de Campos Cardoso Rocha<sup>II</sup>, Jan Billand<sup>III</sup>, Gabriela Souza Murizine<sup>IV</sup>,  
Fernanda Lopes Regina<sup>V</sup>, Analice Oliveira<sup>VI</sup>, Daniela Vinhas Bertolini<sup>VII</sup>, Sandra Mara Garcia<sup>VIII</sup>,  
Albertina Duarte Takiuti<sup>IX</sup>, Mariana Arantes Nasser<sup>X</sup>

<sup>I</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, mestre em Antropologia Social e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e pesquisadora associada do projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J).

<sup>II</sup> Júlia de Campos Cardoso Rocha (jcampos009@gmail.com) é sanitarista com bacharel em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), residente na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>III</sup> Jan Billand (jsj.billand@gmail.com) é psicólogo e doutor em Psicologia Social pela Université Paris 13 com dupla titulação em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), cursa pós-doutorado vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e é pesquisador associado do Projeto LCA&J.

<sup>IV</sup> Gabriela Souza Murizine (gabrielamurizine@gmail.com) é sanitarista e mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), assistente de gerenciamento de dados de pesquisa no Instituto de Pesquisa do Hospital do Coração (IP/HCOR) e pesquisadora associada do Projeto da LCA&J.

<sup>V</sup> Fernanda Lopes Regina (nandalops@usp.br) é cientista social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), mestre em Ciência Política pela USP e doutoranda no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), pesquisadora do Laboratório Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (LIEVES) do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>VI</sup> Analice de Oliveira (analice@crt.saude.sp.gov.br) é assistente social pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), especializada em Prevenção às IST/HIV/Aids no quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids NEPAIDS/USP e pela FM/USP atua no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRT DST/Aids/SES-SP) e é pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>VII</sup> Daniela Vinhas Bertolini (daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br) é médica pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS), pediatra e infectopediatra pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), doutora em pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), atua como médica pediatra e infectopediatra no CRT DST/Aids/SES-SP, onde atua como Coordenadora da Equipe de Pediatria do CRT, pediatra e infectopediatra do Programa Municipal de DST/Aids do município de São Paulo e é pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>VIII</sup> Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pesquisadora e coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP) e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>IX</sup> Albertina Duarte Takiuti (albertinadtakiuti@gmail.com) é médica pela Pontifícia Universidade Católica, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), Curso de Sanitarista pela Faculdade de Saúde Pública (FSP), mestrado e doutorado pela FMUSP, coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente da SES/SP, Coordenadora Estadual de Políticas para Mulher e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

<sup>X</sup> Mariana Arantes Nasser (manaranasser@gmail.com) é médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), especialista em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), doutora em Ciências – Área de Medicina Preventiva pela FMUSP. Atua como médica sanitarista do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSEB) da FMUSP, professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) e pesquisadora coordenadora do Projeto LCA&J.

**Resumo**

Este artigo tem como objetivos descrever os perfis e as atividades de serviços de saúde localizados nos municípios do estado de São Paulo quanto à atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; e apresentar a orientação para este tema da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que tem como marco o documento elaborado e apresentado à Comissão Intergestores Bipartite de SP, em 2018, e publicado em livro *on-line* em 2021.

**Palavras-chave:** Adolescência / Juventude; Saúde sexual e reprodutiva; Cuidados Integrados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

**Abstract**

This paper aims to describe the profiles and activities of health services located in the municipalities of the state of São Paulo regarding to sexual and reproductive health care for adolescents and young people; and to present the guidance on this topic of the Healthcare service network for Adolescents and Young People for the National Health System (SUS) in the State of São Paulo (SP), which is based on the document prepared and presented to the Bipartite Intermanagement Commission of SP in 2018, and published as an online book in 2021.

**Keywords:** Adolescence / Youth; Sexual and reproductive health; National Health System; Comprehensive Health Care.

**Introdução**

O direito à saúde de adolescentes e jovens foi instituído pela Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, que universaliza o direito à saúde para todas(os) cidadãs(os) brasileiras(os). Posteriormente, esse direito constitucional foi especificamente tratado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990<sup>2</sup>, ao elevar o status de crianças e adolescentes ao de sujeitos de direitos em nosso país. Já em 2013, o Estatuto da Juventude<sup>3</sup> novamente reafirma o direito à cidadania de adolescentes e jovens, inclusive particularizando a importância da saúde, ao incluí-los enquanto alvo de políticas a serem desenvolvidas para o grupo “jovem”, definido como composto por pessoas entre 15 e 29 anos de idade.

O Estatuto da Juventude<sup>3</sup> ainda assume a importância da promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens como estratégica e fundamental, consolidando os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que integram o direito à saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos, reivindicados em lutas feministas e de grupos de mulheres, passaram a compor os Direitos Humanos em 1994, a partir da Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas realizada no Cairo, e também foram definidos, em 1995, na Conferência da Mulher realizada em Beijing, ambas deliberações ratificadas pelo Brasil<sup>4</sup>.

O exercício pleno dos Direitos Sexuais e Reprodutivos é fundamental para a dignidade e autonomia pessoal, das pessoas em geral. Da perspectiva dos adolescentes, não poderia ser diferente, visto que o início da vida afetiva e amorosa ocorre, para a grande maioria, nesta fase da vida, marcada pelo “*primeiro beijo, primeiro namoro, primeira decepção amorosa, primeiros desentendimentos ou opiniões discordantes com a família, primeira relação sexual. (...)*”<sup>5</sup> (p.160).

Dados brasileiros e paulistas relativos à caracterização sociodemográfica de adolescentes e jovens e à organização de serviços de saúde quanto à saúde sexual e reprodutiva apontam para a relevância da consideração do cuidado a este grupo populacional, bem como a existência de desafios para a busca de atenção efetiva.

No Brasil, a “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher” de 2006, já apontava a ocorrência da primeira relação sexual, em média, aos 14,9 anos de vida; e que as meninas, geralmente, têm essa experiência após os meninos<sup>6</sup>. Também a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, de 2012, apontou que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados no país haviam feito sexo<sup>7</sup>. Essa faixa é similar à encontrada em países como Estados Unidos e Austrália e maior do que no México, Áustria e

Alemanha, o que motiva a preocupação crescente da área de Saúde com o uso de métodos contraceptivos e, inclusive, do preservativo masculino ou feminino, únicos métodos que garantem a dupla prevenção contra a gravidez não planejada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>8</sup>.

Aproximadamente um(a) em cada quatro adolescentes e jovens (25%) não faz uso de contracepção segura<sup>9</sup>. Este percentual é alto entre as mulheres brasileiras em geral, não apenas entre adolescentes, e, somado ao percentual que não usa nenhuma contracepção, resulta em 55% dos nascimentos frutos de gestações não planejadas verificados no país<sup>10</sup>. Estudos têm apontado que, pelo menos em ambientes urbanos, o estrato socioeconômico não está ligado à adesão à contracepção por adolescentes e jovens<sup>9,10</sup>; esta adesão está mais relacionada (negativamente) à inconstância ou maiores períodos de ausência das relações sexuais, ao desejo de engravidar e, entre as meninas que não querem engravidar, ao não uso de anticoncepção na primeira relação sexual, à ausência de consulta em saúde da mulher no último ano, à ocorrência de ter menos do que três filhos ou ao pertencimento a religiões pentecostais<sup>11</sup>.

No Brasil, se considerarmos apenas os dados de 2020<sup>12</sup>, foram registrados 9.797 partos em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de mães de 10 a 14 anos e 196.761 de mães de 15 a 19 anos. Se somarmos mais 1.597 abortos vividos por meninas de 10 a 14 anos e 21.218 de 15 a 19 anos, temos 11.394 e 217.979 gestações, respectivamente, nessas faixas etárias em apenas um ano, o que equivale a 5,3% e 33,8% das internações hospitalares desses grupos etários – quarto e primeiro motivo de hospitalização nessas faixas etárias, respectivamente. No estado de São Paulo não é diferente:

gravidez, parto e puerpério são a primeira razão de internações hospitalares ligadas ao SUS entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos em 2020, embora seja a sexta entre pré-adolescentes de 10 a 14 anos.

Tais dados expõem a fragilidade do sistema de atenção e cuidado para com os membros desse grupo populacional, que, seja pela ausência e inadequação de orientação ou pela dificuldade de acesso, com frequência não alcançam os insumos contraceptivos. Além desses fatores, muitos outros concorrem para a dificuldade do exercício da sexualidade segura; dentre eles, destaca-se o caráter religioso das famílias, como apontam alguns estudos<sup>11</sup>, associado ao preconceito e ao tabu ainda existentes na cultura brasileira quanto à prática sexual adolescente. Tal prática, principalmente das meninas, tende a ser negada ou a sofrer tentativas de postergação, o que dificulta a abordagem do tema dentro das famílias, escolas<sup>13</sup> e, inclusive, nos próprios serviços de saúde.

A morbidade reprodutiva diz respeito aos riscos e, em alguns casos, desfechos de mortalidade em casos de parto e aborto. Em 2019, o percentual de óbitos maternos na faixa etária de 10 a 19 anos correspondeu a 12,8% das mortes maternas registradas no país<sup>14</sup>.

Considerando as IST, em 2020, no Brasil, foram detectados até o mês de junho 7 casos de HIV entre pré-adolescentes de 10 a 14 anos, 452 entre adolescentes de 15 a 19 anos, além de 2.092 entre jovens de 20 a 25 anos, representando, respectivamente, 0,1, 4,5% e 20,9% do total de casos registrados no ano. O mesmo Boletim relata 33, 536 e 988 casos de meninas grávidas dessas respectivas faixas etárias infectadas pelo HIV<sup>15</sup>.

É importante salientar que, no estado de São Paulo, nestes últimos 10 anos, 8.462 jovens



(de ambos os sexos) adoeceram de aids, o que demonstra como o curso da doença pode ser grave neste grupo. A taxa de incidência de aids elevou-se na faixa etária adolescente de 15 a 19 anos do sexo masculino (1,8 vezes, passando de 2,9 para 5,2 por 100 mil homens) e na faixa etária de jovens de 20 a 24 anos (1,4 vezes, de 25,4 para 34,9 por 100 mil habitantes) no período de 2010 a 2019. Até junho de 2020, foram registrados, no sexo masculino, 74 casos de infecção pelo HIV entre adolescentes de 15 a 19 anos e 387 entre jovens de 20 a 24 anos; entre os homens de 15 a 24 anos, no mesmo período, 55,7% ocorreram por via sexual homossexual, 34,5% heterossexuais, 1,6% por uso de drogas injetáveis e 8,2% são casos em situação de investigação. Entre as mulheres do grupo etário de 15 a 24 anos, 89,6% das infecções se deram por via sexual em parcerias heterossexuais, 6,7% por transmissão vertical e 10% estão sob investigação.

Os dados do Boletim mostram um acometimento bem mais expressivo na população jovem preta, o que reflete uma enorme desigualdade no acesso a medidas de proteção como a PreP (profilaxia pré-exposição)<sup>16</sup>. 35 casos de aids entre adolescentes de 15 a 19 anos e 265 entre jovens de 20 a 24 anos; entre os homens de 15 a 24 anos, no mesmo período, 84,9% ocorreram por via sexual homossexual e 10,5% heterossexuais, 1,3% por uso de drogas injetáveis e 3,3% são casos em situação de investigação. Entre as mulheres do grupo etário de 15 a 24 anos, 83,3% das contaminações se deram por via sexual em parcerias heterossexuais, 6,7% por transmissão vertical e 10% estão sob investigação; sendo que, do total de mulheres, 35 eram gestantes<sup>16</sup>.

Já a sífilis adquirida registrou 49.154 novos casos até junho de 2020 no Brasil; desses casos, 250 referem-se a gestantes da faixa etária

de 10 a 14 anos, 5.761 entre 15 e 19 anos e 13.449 entre 20 e 24 anos (dados de gestantes)<sup>17</sup>. No estado de São Paulo temos até junho de 2020, 9.915 casos de sífilis adquirida; considerando sífilis em gestantes tivemos no estado, no mesmo período, 32 casos entre meninas de 10 a 14 anos, 1.058 casos entre 15 e 19 anos e 1692 gestantes com sífilis entre 20 e 24 anos.

A hepatite B, infecção também sexualmente transmissível, produziu, em 2019, 13.971 novos casos no país<sup>18</sup>. Em 2020, dos 3.589 casos notificados, 124 (3,4%) se deram na faixa etária de 10 a 14 anos, 330 de 15 a 19 anos e 1.001 (27,9%) de 20 a 29 anos<sup>19</sup>. O menor registro de casos em 2020 com relação a 2019 (menos de 1/3) provavelmente se deve tanto à subnotificação das infecções em decorrência da diminuição de testagens provocada pela pandemia de covid-19, que motivou os serviços de saúde a mobilizarem suas ações para a pandemia, quanto à própria diminuição de procura desses exames pela população orientada a permanecer em isolamento social e/ou quarentena domiciliar. Já no estado de São Paulo, em 2019, foram registrados 2.278 casos de hepatite B, 1.301 em homens e 976 em mulheres, totalizando 16,3% dos casos do país nesse ano.

Tais dados de ocorrências em saúde não excluem a consideração de que adolescentes e jovens, em geral, representam um grupo saudável, em que a maior parte dos problemas são passíveis de prevenção<sup>5</sup> caso haja uma abordagem mais efetiva a essa população com relação a suas demandas, inclusive relativas à sexualidade<sup>2</sup>.

Considerando as ações dos serviços públicos de saúde do SUS no estado de São Paulo, Nasser<sup>20</sup> verificou que a efetivação de ações de atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva tem sido incipiente com relação aos adolescentes; dos

2.735 serviços que pesquisou por meio de questionário da “Avaliação da Qualidade da Atenção Básica” (QualiAB), em 2010<sup>XI,21</sup>, apenas o pré-natal entre adolescentes era focado com início e exames adequados, tal como a atenção ao puerpério. O planejamento reprodutivo se verificou seletivo para alguns contraceptivos e foram observados limites para a prevenção da sífilis congênita, para o tratamento de IST e para o rastreamento do câncer cervical, além de ter sido registrado que as atividades educativas com esse público eram pontuais, restritas e com enfoque apenas centrado na reprodução. A autora afirma que há desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e falta abordagem integral à saúde desse público<sup>20</sup>.

Este artigo tem como objetivos descrever os perfis e as atividades de serviços de saúde localizados nos municípios do estado de São Paulo quanto à atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; e apresentar a orientação para este tema proposta pela Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que tem como marco o documento elaborado e apresentado à Comissão Intergestores Bipartite de SP, em 2018, e publicado em livro on-line em 2021.

### Métodos

O artigo deriva do projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)<sup>5</sup>, desenvolvido entre 2016 e 2018, coordenado, de forma compartilhada, pelo Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); pelo Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP); e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); além de ter desenvolvido parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de DST/Aids e a Área de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Por fim, teve apoio financeiro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016).

Os referenciais para a construção da LCA&J são: princípios e diretrizes do SUS, com destaques para adolescência e juventude; definições e metodologias de construção de linhas de cuidado; recomendações e políticas públicas para saúde de adolescentes e jovens; e o referencial teórico da integralidade, a partir da teoria do trabalho em saúde e noção de cuidado<sup>22-28</sup>.

A construção da LCA&J incluiu um levantamento com serviços de saúde existentes em todas as regiões do estado de São Paulo e em todos os níveis de atuação, sobre suas práticas e perfis de atuação em relação à saúde de adolescentes e jovens. O levantamento foi realizado por meio de questionário eletrônico que foi preenchido on-line pelos serviços, a fim de que a construção da linha de cuidado responda de forma adequada às necessidades desses serviços e possa constituir uma referência para sua atuação no estado de São Paulo. Neste artigo, apresentamos os resultados do questionário desenvolvido para a construção da LCA&J quanto à atenção e promoção de saúde, nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

<sup>XI</sup> O instrumento QualiAB é um questionário elaborado e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa coordenada pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP) com financiamento do fomento PPSUS do Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar ações da rede básica de saúde, com relação à organização e gerenciamento desta atenção<sup>21</sup>.

Além da análise quantitativa deste material, o projeto envolveu diversas outras fases como: grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde, profissionais intersetoriais, gerentes de serviços de saúde, gestores da saúde; exercício piloto da implementação da LCA&J em três regiões-piloto (Itapetinga, Litoral Norte e Mananciais); discussões com grupos de *experts* em adolescência/juventude e em planejamento regional; seminários de pesquisa; e pactuação entre municípios e estado de São Paulo. Assim, foi construído o documento da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), considerando que a adolescência e juventude, além das mudanças fisiológicas relativas à maturação biológica e sexual, inclui um período de adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esses sujeitos terão contato<sup>5</sup>; ou seja, partiu-se de seus processos psicossocioculturais, conforme pontuam Ayres e colegas<sup>29</sup>, destacando diferentes “processos da adolescência”. Nesse sentido, construiu-se a proposta de uma linha de cuidado à saúde de adolescentes e jovens que promova uma abordagem integral e que leve em conta a universalidade e também a equidade, considerando que adolescentes e jovens

*“(...) não compõem um grupo homogêneo, mas plural – são diferentes em idade, condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, porte ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições”<sup>5</sup> (p.40).*

Esse documento foi apresentado na Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo em 18 de outubro de 2018, marco desta política pública de

adolescentes. Ele contém: informações sobre o cuidado à saúde de adolescentes e jovens; a proposta para a LCA&J (objetivos, atribuições dos serviços e articulações em rede); e orientações e recomendações para a prática, inclusive sobre saúde sexual e reprodutiva. Desde 2019, foi iniciado um novo projeto, visando contribuições para a implementação da LCA&J, com apoio PPSUS-SP 2019/2021 – PROCESSO FAPESP 2019/03955-8. Os parceiros originais se mantêm e agora o projeto conta também com a participação do Laboratório de Saúde Coletiva da Unifesp. Em 2021, o documento embasou a publicação de livro on-line da LCA&J, destinado a *“gestores do setor saúde, gerentes de serviços de saúde, trabalhadores da saúde e de outros setores, participantes de movimentos sociais, integrantes de comunidades locais e, muito especialmente, adolescentes e jovens”<sup>5</sup> (p. 385)<sup>xii</sup>.*

### Resultados

De 949 serviços de saúde pertencentes a 61 municípios paulistas que responderam ao questionário para descrição da atenção a adolescentes e jovens (desenvolvido em 2017 com vistas à preparação da LCA&J), 721 são unidades básicas de saúde; 22 são serviços de atenção especializada ao adolescente (incluindo Casas do Adolescente), 102 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 48 são serviços de DST/aids – Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) –, 9 são serviços hospitalares especializados em adolescência e 47 são de outros tipos. Estão predominantemente localizados em áreas urbanas e centrais dos municípios, sendo que apenas 29 (4,0%) das UBS e 1 CAPS (1,0%) se encontram em áreas rurais (Tabela 1).

<sup>xii</sup> O livro está disponível no site <http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/> e é a referência básica para a sua implementação.

Tabela 1 – Tipo de serviço e âmbito (gestão) de serviços que atuam com adolescentes

Tipo	Municipal		Estadual		Federal		Total	
	n	%*	n	%*	N	%*	n	%*
UBS	711	99,7	0	0	2	0,3	713	100
Serviço de Atendimento a Adolescentes	18	85,7	3	14,3	0	0	21	100
Serviço Hospitalar	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9	100
CAPS	96	94,1	2	2	4	3,9	102	100
Serviço DST/Aids	46	95,8	0	0	2	4,2	48	100
Outros	46	97,9	1	2,1	0	0	47	100
Não respondeu	1	0	0	0	0	0	1	100
<b>Total</b>	<b>921</b>	<b>97,4</b>	<b>11</b>	<b>1,2</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>941</b>	<b>100</b>

\* Porcentagem de respostas válidas.

Desses serviços, 436 (45,9%) apontaram questões ligadas às “mudanças do corpo e puberdade” entre os principais motivos de procura do serviço por adolescentes e jovens; 668 (70,4%) apontaram questões relativas à sexualidade; e, logo em seguida, 546 (57,5%) indicaram “reprodução” e 262 (27,6%) indicaram “gestação e

pré-natal” (ver Tabela 2). A citação de um desses três últimos motivos, que explicitam questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva, somam 752 (79,49%) serviços, o que demonstra a grande presença dessas demandas, inclusive nas UBS. Também é curioso que mesmo nos CAPS registre-se esses temas como demanda de adolescentes.

Tabela 2 – Principais motivos de procura do serviço por adolescentes\*

	UBS	%	Serv. Atend. Adolesc	%	Serv. Hosp	%	CAPS	%	Serv. DST / aids	%	Total	%
Atend. odontológico	582	80,7	16	72,7	2	22,2	2	2	12	25	633	66,7
Trabalho e renda	575	79,8	5	22,7	2	22,2		0	9	18,8	599	63,1
Sexualidade	560	77,7	18	81,8	4	44,4	27	26,5	36	75	668	70,4
Reprodução	509	70,6	14	63,6	2	22,2	2	2	5	10,4	546	57,5
Solicitação da família	443	65,4	9	40,9	1	11,1		0	2	4,2	468	49,3



	UBS	%	Serv. Atend. Adolec	%	Serv. Hosp	%	CAPS	%	Serv. DST / aids	%	Total	%
Queixa escolar	417	57,8	18	81,8	5	55,6	66	64,7	8	16,7	532	56,1
Corpo e puberdade	383	53,1	16	72,7	4	44,4	7	6,9	8	16,7	436	45,9
Uso de álcool	372	51,6	18	81,8	6	66,7	76	74,5	1	2,1	498	52,5
Depressão, ansiedade ou sofr. emocion.	363	50,3	11	50	2	22,2	3	2,9	0	0	389	41
Doenças respiratórias	338	46,9	8	36,4	3	33,3	1	1	0	0	362	38,1
Uso de drogas ilícitas	319	44,2	16	72,7	4	44,4	47	46,1	1	2,1	409	43,1
Situações de violência	239	33,1	16	72,7	4	44,4	62	60,8	21	43,8	363	38,3
Gestação e pré-natal	235	32,6	14	63,6	4	44,4	3	2,9	0	0	262	27,6
Doenças crônicas	207	28,9	8	34,8	8	88,9	10	9,8	16	33,3	262	27,7
Família, amigos etc.	202	28	10	45,5	3	33,3	75	73,5	11	22,9	319	33,6
Vacinações	197	27,3	14	63,6	3	33,3	75	73,5	7	14,6	316	33,3
Nutrição ou alimentação	179	24,8	14	63,6	5	55,6	28	27,5	4	8,3	238	25,1
Declaração p/ práticas fís.	145	20,1	7	31,8	3	33,3	63	61,8	8	16,7	240	25,3
Outros	92	12,8	6	27,3	5	55,6	30	29,4	16	33,3	158	16,6

\*Questões de múltipla escolha e percentagens não cumulativas.

Desses serviços, 82,0% utilizam principalmente o local de residência para inscrever seus usuários, o que é compatível com o fato de a maioria dos respondentes serem UBS que geralmente adotam a adscrição para a responsabilidade sanitária. A faixa etária é usada para determinar o critério de atendimento como adolescentes ou como jovens em 835 dos serviços (87,9%), dos quais 721 (75,9%) informaram usar o ECA como referência para definir o público adolescente (que aponta adolescentes como pessoas entre 12 e 17 anos)<sup>12</sup>; outros 176 (18,5%) tiveram como

parâmetro o Estatuto da Juventude (que define como jovens as pessoas entre 15 e 29 anos de idade)<sup>18</sup>; e 374 (39,4%) declararam ter como marco norteador a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja definição de faixa etária para pré-adolescentes e adolescentes é de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente, e de jovens, de 20 a 29 anos<sup>19</sup>. Esta última referência é mais influente, pois a adolescência é apontada espontaneamente por cerca de 1/3 dos serviços (33,7%) como iniciada até mesmo antes dos 10 anos, incluindo assim o público infantil.



O atendimento de adolescentes é ofertado na maioria dos serviços, 772 (81,3%), durante todo o horário de funcionamento do serviço e nos 5 dias úteis da semana; ademais, 41 serviços (4,3%) também atendem aos finais de semana. A maioria acolhe os(as) adolescentes em qualquer horário, 773 (81,4%) realizam “encaixe” quando o(a) adolescente aparece sem estar agendado e 174 (18,3%) têm horários específicos para a atenção a esse público. Chama a atenção o fato de 5 (0,6%) UBS terem declarado não fazer atividades com adolescentes, por isso não foram consideradas para a análise das ações realizadas (Tabela 3 e seguintes).

Os adolescentes têm atendimento por equipes multidisciplinares e 32 serviços contam com hebiatras, embora a maioria dos serviços atue com clínicos gerais (em 240 serviços; 25,3%) ou pediatras (191; 20,1%). Dos serviços que atuam com adolescentes, 423 serviços (44,7%) contam também com psicólogos (excluindo-se os 102 CAPS). Em 565 serviços (59,5%) foi apontada também a participação de assistentes sociais na equipe de trabalho, embora a atuação desse profissional não tenha sido referida como diretamente ligada a adolescentes. Dos serviços que atuam com adolescentes, 678 (71,4%) afirmaram abordar temas relativos à sexualidade e 633 (39,5%) à saúde reprodutiva.

Tabela 3 – Temas trabalhados com adolescentes e jovens

<b>Tema</b>	<b>Abordagem com adolescentes</b>		<b>Abordagem com Jovens 18 a 30 anos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Álcool	682	71,8	606	63,8
Arte e cultura	680	71,6	527	55,5
Sexualidade	678	71,4	559	58,8
Alimentação	658	69,3	577	60,7
Saúde reprodutiva	633	66,6	548	57,7
Outras drogas	618	65,1	509	53,6
Saúde bucal	602	63,4	513	54
Maternidade/Paternidade	584	61,5	507	53,4
Puberdade e mudanças corporais autoconhecimento e autocuidado	573	60,3	358	37,7
Saúde mental	570	60	509	53,6
Violência	565	59,5	492	51,8
Tabaco/cigarro	539	56,7	498	52,4

	Abordagem com adolescentes		Abordagem com Jovens 18 a 30 anos	
Relacionamentos sociais (família, amigos) namoro)	501	52,7	395	41,6
Atualização de vacinas	498	52,4	450	47,4
Percepções sobre o corpo e padrões de beleza	493	51,9	378	39,8
Estudo/escolas	471	49,6	315	33,2
Projeto e planos de vida	385	40,5	295	31,1
Relações de gênero	375	39,5	299	31,5
Direitos e cidadania	352	37,1	304	32
Homofobia, transfobia e questões LGBTI	348	36,6	279	29,4
Participação social	331	34,8	307	32,3
Trabalho/profissionalização	322	33,9	281	29,6
Meio ambiente	304	32	245	25,8
Discriminação racial	302	31,8	235	24,7
Práticas físicas e corporais	275	28,9	219	23,1
Deficiências, práticas e políticas inclusivas	210	22,1	191	20,1
Segurança no trânsito	131	13,8	130	13,7
Chás e plantas medicinais	101	10,6	101	10,6
Outros	205	21,6	181	19,1

\* Porcentagem de respostas válidas.

A abordagem desses temas é feita por meio do trabalho em grupo com adolescentes em apenas 44,3% desses serviços: 41,9% das UBS, 65,2% dos serviços especializados em adolescência, 33,3% dos serviços hospitalares, 54,2% dos serviços de IST/HIV/aids e 57,0% dos serviços de

atenção à mulher (Tabela 4). Grupos de adolescentes fora dos serviços de saúde são realizados por 509 (53,8%) serviços, principalmente UBS (58,9% fazem), o que mostra a iniciativa desses serviços em buscar e incorporar esse público inclusive em outros ambientes que costuma frequentar.

Tabela 4 – Tipos de grupos realizados com adolescentes por tipo de serviço

Tipo	UBS		Serv. Ado-lesc		Serv. Hosp.		CAPS		Serv. IST/Aids		Serv. At. Mulh.		Ou-tros		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acolhi-mento	131	18,3	7	30,4	0	0	27	26,5	4	8,3	1	14,3	2	5	172	18,2		
Terap. grupal	211	29,5	10	43,5	2	22,2	62	60,8	3	6,3	0	0	8	20	296	31,3		
Ativ. man. artistic.	89	12,4	10	43,5	0	0	57	55,9	2	4,2	0	0	3	7,5	161	17		
Ativ. socioc.	106	14,8	7	30,4	2	22,2	49	48	0	0	0	0	4	10	168	17,8		
Ações por pares	33	4,6	5	21,7	2	22,2	5	4,9	7	14,6	0	0		0	52	5,5		
Ativ. pais	163	22,8	8	34,8	1	11,1	54	52,9	4	8,3	0	0	9	22,5	239	25,3		
Fora do serviço	422	58,9	9	39,1	1	11,1	52	51	13	27,1	1	14,3	11	27,5	509	53,8		
Total que faz grupo de adolesc.	300	41,9	15	65,2	3	33,3	57	55,9	26	54,2	4	57	14	35	419	44,3		

Nos atendimentos individuais para adolescentes, mais da metade dos serviços aborda rotineiramente os seguintes temas: levantamento de dúvidas e outras questões trazidas pelo usuário (760; 80,0%); aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva (759; 79,9%); identificação de queixas e sintomas e evolução do quadro clínico (730; 76,8%); orientação sobre atividades, procedimentos, tratamentos e outros recursos ofertados pelo serviço (728; 76,6%); apoio à adesão a tratamentos (701; 73,8%); identificação de riscos e situações de vulnerabilidade (671; 70,6%); abordagem sobre o sigilo e a confidencialidade nos atendimentos (630; 66,3%); conversa sobre história de vida e cotidiano do(a) usuário(a) (559; 58,8%); e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal (538; 56,6%).

Nos Centros de Assistência Psicossocial, apesar de mais de 25,0% dos serviços atender

demandas relativas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, ainda há serviços como 18 (17,6%) CAPS que evitam a abordagem desses temas, mesmo que atuem com adolescentes. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atenção Especializada às IST/Aids, por outro lado, são totalmente associados, como era de se esperar, às questões, demandas e atuação com os temas de sexualidade e saúde sexual e reprodutiva.

O sigilo e o atendimento individual ao adolescente, independente da presença de familiares, só é absolutamente respeitado por pouco mais da metade (52,0%) dos serviços pesquisados, principalmente serviços de atenção em IST/HIV/aids; 24,3%, em geral, quebram o sigilo conforme a avaliação do profissional e 15,1%, mesmo sem o consentimento do adolescente.

Tabela 5 – Sigilo ou informação à família sobre conteúdo das consultas de adolescentes

Situações	UBS	Serv. At. Espec.	Serv. Hosp.	CAPS	Serv. IST/Aids	Serv. At. Mulh.
Sempre são informados	15,1	18,2	22,2	15,5	0	15,1
Em alguns casos, quando o profissional julga necessário	25,3	22,7	22,2	22,7	18,2	24,3
Quando pais pedem, independente do consentimento dos adolescentes	1,4	0	0	0	2,3	1,3
Quando profissional acha necessário e tem o consentimento do(a) adolescente	52,5	50	55,6	42,3	70,5	52
Outros	3,4	9,1	0	5,2	9,1	3,9
Não se aplica	2,3	0	0	14,4	0	3,4
Total	100	100	100	100	100	100

### Discussão – Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

Seguindo a orientação das diretrizes do SUS previstas constitucionalmente<sup>1</sup>, a abordagem da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo adota a visão de integralidade e busca promover a equidade. Isso é importante porque o levantamento realizado demonstrou a necessidade de certa padronização das concepções de adolescência e na proposição de temas de atuação, bem como no próprio respeito à autonomia e na garantia de sigilo do adolescente. Assim, ao definir a faixa etária da adolescência, conforme o ECA apresenta, a LCA&J preconiza que

*“temas estruturantes para a atenção à saúde integral de adolescentes e jovens, estão, nessas diretrizes: participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania e igualdade racial e étnica”*<sup>5</sup> (p.37).

Nesse sentido, além do contexto socioeconômico, o aspecto cultural se faz imprescindível para a promoção da saúde dos adolescentes e jovens. A respeito das expectativas sexistas da sociedade, bem como as relações de gênero, a LCA&J orienta que sejam contempladas na problematização da saúde do adolescente. Ou seja, deve-se considerar que meninas e mulheres têm sido responsabilizadas pelo trabalho doméstico no âmbito familiar<sup>30,31</sup>, enquanto os meninos e homens não são estimulados ao autocuidado, motivo pelo qual apresentam menos expectativa de autocontrole, maior atitude e imposição de superioridade, inclusive quanto à sexualidade, e negação das tarefas de cuidado tanto domésticas, quanto de autocuidado<sup>32</sup>.

Essas posições antagônicas trazem vulnerabilidade para ambos, uma vez que homens ficam cerceados dos cuidados e serviços de saúde e as mulheres, muitas vezes desde cedo, têm seus comportamentos, sua sexualidade e suas escolhas tratados como objetos de controle e alvo de julgamentos morais e de sanções arbitrárias<sup>33</sup>. Isso pode levar à violência de gênero,



principalmente doméstica, contra a mulher – questão que precisa ser trabalhada com adolescentes de ambos os sexos, além de suas necessidades de saúde, incluindo os direitos e a saúde sexual e reprodutiva<sup>32</sup>.

A LCA&J sugere trabalhar temáticas relativas à saúde sexual e reprodutiva considerando a categoria de gênero, incluindo identidade, orientação, papéis, direitos, entre outros.

Para tanto, serviços devem possibilitar o atendimento a adolescentes a partir dos 12 anos sem a obrigatoriedade de presença ou autorização dos pais, considerando seus contextos e também atendendo aos princípios de autonomia e sigilo, de forma a fortalecer a confiança, a adesão e o vínculo deste público para com os serviços de saúde. Isso pode ser realizado na matrícula no serviço e solicitação de agendamento das atividades; recepção, acolhimento ou primeiro atendimento no serviço; atendimento com assistente social; atendimento com psicólogo(a); atendimento/consulta de enfermagem; consulta médica, incluindo exames clínicos e ginecológicos; consulta odontológica; atendimento com outros profissionais de saúde de nível superior; atividades em grupos educativos e terapêuticos; vacinação, curativos, coleta de sangue e aplicação de medicações injetáveis por técnicos ou auxiliares de enfermagem; receber visitas domiciliares de profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>5</sup> (p.107).

Em relação à saúde sexual e reprodutiva e à sexualidade, especificamente, é função de profissionais de saúde e dos serviços providenciar cuidados para adolescentes e jovens considerando sua atividade sexual, inclusive para menores de 14 anos, por meio de consultas ginecológicas, da prescrição de métodos contraceptivos (todos, incluindo o DIU e, se necessária, a contracepção de emergência), da verificação (e se necessária

a atualização) das vacinas disponíveis para prevenção das IST (HPV, Hepatites virais A e B), levando em consideração práticas sexuais (a vacina de Hepatite A está disponível no estado de São Paulo também para pessoas com prática sexual oral-anal, priorizando homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais e profissionais do sexo)<sup>34, 35</sup>. Exames diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis (IST), testagem de HIV, sífilis e hepatites virais, abordagem sindrômica como tratamento das IST, profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) e a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), são disponibilizados por livre demanda a fim de promover o acesso ampliado a preservativos externos, internos e gel lubrificante, bem como a prática da dispensação de medicamentos, de acordo com a “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais” e com aqueles disponíveis na RENAME e nas “Relações Municipais de Medicamentos” (REMUNES), além dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, incluindo a aplicação de penicilina benzatina em caso de sífilis, especialmente no acompanhamento pré-natal e de puerpério para as gestantes<sup>5</sup> (p.117). Neste caso específico de gestação, a necessidade de apoio familiar ao longo do processo deve ser articulada com a adolescente e não ser foco e nem critério para os primeiros atendimentos de pré-natal. O estado de São Paulo recomenda o Pré-Natal do Homem que assegura a atenção dos parceiros sexuais para prevenção da sífilis congênita<sup>36</sup>. Para esta situação, também deve-se considerar que a participação de acompanhantes de escolha da adolescente, incluindo o parceiro, pais e familiares, deve ser sempre estimulada, de forma a ampliar o cuidado com a gestante adolescente.

Todos os temas citados no levantamento para serem trabalhados com grupos de adolescentes e/ou jovens, dentro ou fora dos serviços de saúde, podem ser encampados, observando

o interesse e a demanda do grupo local, e vários se interconectam com a questão da saúde sexual e reprodutiva:

*“...álcool; alimentação; arte e cultura; atividade física, esportes, práticas corporais; atualização do cartão de vacinas; chás e plantas medicinais; deficiências, práticas e políticas inclusivas; direitos e cidadania; discriminação racial; drogas ilícitas; escola, estudos; homofobia, transfobia, LGBTIfobia; maternidade, paternidade; meio ambiente; participação social; percepções sobre o próprio corpo, autoestima, padrões de beleza; projetos de vida e planos; puberdade, mudanças corporais; autoconhecimento e autocuidado; relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros; relações de gênero; saúde bucal; saúde mental; saúde reprodutiva; segurança no trânsito; sexualidade; tabaco; trabalho, profissionalização; violência; entre outros”<sup>5</sup> (p.111).*

Nesse sentido, necessita-se não só da abordagem, mas também da realização de ações específicas para adolescentes e jovens em situações de maior vulnerabilidade, uma vez que as vulnerabilidades se entrecruzam. Nesse caso, se destacam: moradores(as) de assentamentos e acampamentos rurais; ciganos(as); gestantes; indígenas e quilombolas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBTI); migrantes e refugiados(as); moradores(as) de serviços de abrigo e Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), pais e mães recentes; pessoas cumprindo medidas socioeducativas; pessoas em situação de rua; pessoas vivendo com HIV; população carcerária; portadores

de deficiências; profissionais do sexo; pessoas em situações de exploração ou abuso sexual; trabalhadores(as) sazonais; adolescentes que trabalham; trabalhadores(as) em situações de risco, insalubres ou informais; usuários(as) de comunidades terapêuticas e outras instituições de internação em saúde mental e dependência química; pessoas enfrentando situações de violência comunitária (na rua, na comunidade), doméstica e familiar ou no contexto escolar.

Quanto à sexualidade e à população LGBTI, a LCA&J reforça a:

*“Necessidade de enxergar e acolher a demanda de adolescentes e jovens LGBTI, promovendo capacitações e reorganização dos cuidados para que ofereçam uma atenção adequada a esse público com vulnerabilidades específicas (exemplos: refletir sobre a adequação dos prontuários e identificar, promover ou criar espaços de convivência e escuta em relação à identidade de gênero e à orientação sexual). Foi ressaltado que existe maior discussão sobre a saúde da população trans, em comparação a lésbicas, gays e bissexuais, para os quais não existem ações tão estruturadas no âmbito da saúde”<sup>5</sup> (p. 347).*

Identidade de gênero e orientação sexual foram incluídos na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2008, como determinantes sociais para a saúde<sup>37</sup>, ressaltando a importância de sua inclusão na atenção à saúde e no cuidado. Como premissa básica, garantir o direito ao uso do nome social por pessoas transexuais, travestis e para pessoas com outras variabilidades de gênero, além de ser um direito das pessoas usuárias

do SUS, mostrou-se como fundamental estratégia de cuidado entre jovens nos EUA, pois, ao se aderir ao uso do nome social dentro de instituições de saúde, diminui-se em 29% as ideias suicidas e em 56%, os comportamentos suicidas<sup>38</sup>. Ademais, sem sombra de dúvidas, como já sugere a LCA&J, esse direito deve ser respeitado em todos os espaços, documentos e ações dos serviços, como grupos, recepção, acolhimentos, atendimentos, discussões de caso, ficha de cadastro eSF, prontuários, cartão SUS, exames etc. A prefeitura de São Paulo tem um modelo de cartaz para ser fixado nos serviços de saúde sobre o direito ao nome social, incluindo o Decreto garantidor<sup>39</sup>.

Para ações voltadas à orientação sexual faz-se importante oferecer uma escuta e abordagem que fuja à heteronormatividade, à cisnormatividade e ao machismo, abrindo possibilidade para um cuidado a partir da subjetividade do adolescente e jovem que perpassa por experiências de ser gay, lésbica ou bissexual, entre outras orientações, com diferentes práticas sexuais e, conseqüentemente, diferentes necessidades e estratégias de prevenção à IST, diferentes desejos sexuais e reprodutivos e projetos de felicidade. A LCA&J sugere atividade individual e em grupo para discussão sobre gênero e sexualidade, além da “Ficha verde” como ferramentas disparadoras da inclusão desse tema no cotidiano dos serviços com os adolescentes e jovens.

É importante considerar um trabalho de educação entre pares nas atividades individuais e em grupos com temas transversais ou prioritários a raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, desde a preparação das atividades à sua execução, a fim de demarcar a magnitude de se entender a interseccionalidade no cotidiano dos adolescentes e jovens, dado que esse é um elemento importante para construir relações

de confiança, a abertura para diálogo e a oferta de garantias de sigilo e confidencialidade<sup>5</sup>.

Como estratégia de monitoramento e diagnóstico de saúde de seu território, orienta-se a coleta e o registro da identidade de gênero e orientação sexual para a organização do trabalho e cuidado de adolescentes e jovens, além de outras informações descritas no documento da LCA&J. Tal coleta e monitoramento auxilia para:

*“...identificar: o perfil do público atendido; problemas de acesso ao serviço; situações de risco e vulnerabilidade de adolescentes e jovens; e planejar ações para grupos em situação de vulnerabilidade”<sup>5</sup> (p. 144).*

Ser LGBTI comumente gera quebra de expectativas morais para os profissionais de saúde, o que dificulta a garantia dos direitos de adolescentes e jovens, incluindo o acesso, o acolhimento e o acompanhamento nos diversos serviços de saúde. Considerar e enfrentar essa iniquidade como barreira para adolescentes e jovens LGBTI ao frequentarem o serviço de saúde pode auxiliar na aproximação deles com o serviço.

A perspectiva das ações de saúde deve abarcar e, também, discutir com os adolescentes e jovens, os direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos<sup>40</sup>, visando à cidadania e à transformação social<sup>20</sup>. Assim, pode-se facilitar e oferecer a todos(as) os(as) adolescentes e jovens, independentemente dos motivos de procura dos serviços, cuidados em saúde relevantes a essa faixa etária.

O livro da LCA&J descreve as atribuições comuns a todos os serviços e também as específicas de cada um dos pontos da linha de cuidado. Pela temática saúde sexual e reprodutiva, descrevemos aqui em destaque as UBS, os CTA e os SAE.



As atribuições das UBS são:

*“A UBS é a porta de entrada preferencial para a LCA&J, por ser o serviço mais próximo de cada adolescente e jovem no território. É responsável pela atenção à área adscrita, orientada pela percepção dos grupos populacionais no contexto da realidade local, de acordo com os ciclos de vida, e com boa resolubilidade para problemas de saúde comuns, de modo culturalmente referenciados e com menor risco de medicalização. No SUS, a APS tem a função de coordenação do cuidado. Por isso, a UBS é estratégica para desencadear e coordenar a LCA&J”<sup>5</sup> (p. 117).*

Dentre as diversas atividades que a LCA&J recomenda para as UBS, destacamos aqui algumas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: vacinação de acordo com calendário para a faixa etária; dispensação de remédios de acordo com a REMUME, incluindo remédios para o tratamento sintomático de IST; aplicação de penicilina benzatina em caso de sífilis; dispensação de preservativos femininos e masculinos, por livre demanda e em local de fácil acesso; dispensação de métodos anticoncepcionais; oferta e coleta de exames laboratoriais na UBS, incluindo sorologias e/ou teste rápido para IST/aids e hepatites virais; atendimento de enfermagem, com reconhecimento de necessidades e orientações sobre estilo de vida e modos de enfrentamento de vulnerabilidades; consulta de enfermagem e consulta médica, incluindo atenção à saúde sexual e reprodutiva; atividades em grupos voltados à educação em saúde de adolescentes, jovens, pais, familiares e responsáveis; visitas domiciliares, por ACS, outros membros da equipe assistencial ou equipes de vigilância em saúde; visitas ao território;

estabelecimento de parcerias para realização de atividades de educação em saúde, no território ou em serviços de outros setores e coletivos de adolescentes e jovens; atividades para a organização do trabalho e gestão do cuidado, como reuniões de equipe, planejamento e avaliação.

Aos SAE e CTA em IST/Aids, cabem como atribuições:

*“Prover cuidado a adolescentes e jovens na LCA&J, voltado à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à reabilitação de IST, aids e hepatites virais. Contribuir para os outros serviços da rede, por meio de trabalho conjunto e apoio matricial. Os SAE e os CTA são articulados, na maior parte dos municípios: a prevenção e o diagnóstico são o principal papel do CTA; apenas os SAE realizam tratamento. Atuam sem adscrição territorial, mas com respeito à regionalização dentro do SUS, buscando incentivar os usuários a irem ao local mais próximo ao seu domicílio, mas mantendo flexibilidade para respeitar suas escolhas”<sup>5</sup> (p.119).*

Dentre as atividades de SAE e CTA, destacamos promover a prevenção dessas doenças em escolas, locais de maior vulnerabilidade e exposição (pessoas em situação de rua, profissionais do sexo), eventos e locais de lazer e concentração de jovens, incluindo pontos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBTI), ampliando a distribuição de preservativos externos, internos e gel lubrificante, a oferta e disponibilização de tratamentos sintomáticos para as IST e também do anticoncepcional de emergência, da PEP e PrEP,



conforme os critérios para dispensação (para PEP: risco de exposição sexual para o HIV, violência sexual, acidente com material perfurocortante e outros no âmbito da prevenção combinada; e para PrEP: maiores de 18 anos, prioritariamente homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, profissionais do sexo e parcerias soro diferentes)<sup>5</sup> (p.119). Além disso, é necessário atuar na orientação sobre os locais onde é possível encontrar insumos, quando não disponíveis no serviço. No estado de São Paulo, o atendimento de pessoas com HIV/aids é feito nos SAE. IST devem ser atendidas por abordagem sindrômica nas UBS; em caso de complicações ou dificuldades, pode haver matriciamento para o SAE ou acompanhamento conjunto<sup>5</sup> (p.119).

Dentre as orientações comuns a todos os serviços, incluindo UBS, SAE e CTA, estão fazer a recepção e o acolhimento, com respeito à privacidade e ao sigilo.

Nesse sentido, atendendo a orientação do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, a LCA&J orienta que profissionais de saúde não devem comunicar informações, mesmo quando solicitadas por familiares, responsáveis ou parceiros(as) íntimos(as), sem o consentimento dos(as) adolescentes e jovens (inclusive divulgação de consumo experimental de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual, estatuto sorológico, gravidez etc.)<sup>5</sup> (p. 141).

Considerando que a Lei nº 12.015, de 2009<sup>41</sup>, considera como estupro de vulnerável qualquer atividade sexual realizada por alguém com idade abaixo de 14 anos e considerando que quando a parceria é feita com adolescente ambos são sujeitos em desenvolvimento protegidos pelo ECA, o Conselho Federal de Medicina, entre outras entidades médicas, realizou discussões e orienta a proteção dos direitos de adolescentes abaixo de 14 anos, distinguindo aqueles(as) que foram vítimas de relação sexual consensual entre

adolescentes daqueles que tenham sido vítimas de relações feitas com adultos. No caso de adolescentes se relacionando sexualmente entre si sem o relato de recusa, ameaça ou violência física etc., segue-se a orientação em conformidade com o Ministério da Saúde<sup>42</sup>:

*“Quanto à atividade sexual para adolescentes femininas menores de 14 anos, a presunção legal de estupro, que poderia causar questionamentos em relação à orientação de anticoncepcionais, deixa de existir se descrita em prontuário como atividade sexual consentida (elimina-se a prerrogativa que seus parceiros sejam todos estupradores)”* (p.41).

Em todos os outros casos, a violência sexual deve ser denunciada e notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). É preciso também avaliar cuidadosamente o risco de violência doméstica ao qual adolescentes podem ser expostos em casos de quebra de sigilo, pois, nessas situações, familiares e responsáveis fogem à função protetora que se esperaria deles(as) e têm sido os principais violadores<sup>43</sup>.

Com relação à intersectorialidade, equipamentos de saúde podem dialogar com escolas e outros equipamentos da comunidade e dos arredores, inclusive de esporte, cultura e lazer, pois é geralmente nesses espaços que adolescentes e jovens estabelecem a sua teia de relações sociais, inclusive seus contatos sexuais e afetivos, além de vivenciarem risco de exposição à maioria das violências que enfrentam<sup>5</sup>. Nesse sentido, a LCA&J também orienta a articulação com a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de ações e parcerias com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o

Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), além de sugerir a intercomunicação com Conselhos Tutelares.

Durante a construção da LCA&J, quando realizamos os grupos focais e as oficinas piloto, aprendemos que os trabalhadores da saúde e de outros setores que cuidam de adolescentes e jovens traziam a demanda de orientações voltadas a sua prática profissional com este grupo, incluindo, especialmente, o aprofundamento para lidar com algumas problemáticas e dispositivos voltados à comunicação. Por isso, o livro da LCA&J contém ainda dois capítulos que se destinam a apoiar trabalhadores que vão desenvolver atividades práticas com adolescentes e jovens, incluindo tanto a discussão de temas e propostas para encontros, como consultas individuais e grupos, como também recomendações de dinâmicas e recursos comunicacionais. Muitos dos temas abordados dialogam com a saúde sexual e reprodutiva, como é o caso dos tópicos sobre: direitos em saúde, identidade e pertencimento, mudanças e descobertas, sonhos e planos na adolescência, entre outros (capítulo 5 do livro da LCA&J). Dentre as sugestões de atividades, destacamos as propostas para trabalhar com adolescência, juventude, sexualidade, gênero, entre outras, disponíveis no capítulo 6. Essas atividades podem ser feitas em serviços de saúde, mas também em parceria com serviços de outros setores ou na comunidade. Podem também ser desenvolvidas por adolescentes e jovens organizados em coletivos e movimentos<sup>5</sup>.

### Referências

1. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal;1988.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 ago 1990; Seção 1:18551.
3. Brasil. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Diário Oficial da União. 6 ago 2013; Seção 1:1..
4. Ministério da Saúde (BR). O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil. Brasília (DF); 2013.
5. Nasser MA, Takiuti AD, Sala A, Pimenta AL, Billand JSJ, Ayres JRCM, Garcia SM, Oliveira A, organizadores. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [internet]. São Paulo: LCA&J; 2021 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://saudeadolescentesejovens.net.br/>.
6. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
8. Durex. First sex: using a condom and its impact on future sexual behaviour [internet]. Neva Iorque; 2012 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwin0si-n-XwAhXJr5UCHcJMAvsQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.dr.felix.co.uk%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F01%2FGlobal%2520face%2520of%2520sex%25202012%2520report.pdf&usq=AOvVaw26ountAdMIJqTaBmOTLrFO>.
9. Duarte HHS, Bastos GAN, Del Duca GF, Corleta HE. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. Rev Paul Pediatr. 2011;29(4):572-576.
10. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisa nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento. Cad Saúde Pública. 2014; 30(s.1):1-231.
11. Lago TDG, Kalckmann S, Porto Alves MCG, Escuder MML, Koyama M, Barbosa RM, et al. Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional ouvindo mulheres. Cad Saúde Pública [internet] 2020 [acesso em 25 maio 2021]; 36(10):e00096919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/?format=pdf&lang=pt> <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096919>.

12. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Morbidade hospitalar [internet]. [acesso em 25 maio 2021] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qi>.
13. Figueiredo R, Pupo LR, Porto Alves MCP, Escuder MM. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas do ensino médio São Paulo: Instituto de Saúde; 2008
14. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde. Epidemiológicas e de morbidade. Óbitos em idade fértil e óbitos maternos – Brasil [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
15. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico 2020. Brasília (DF); 2021.
16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Boletim epidemiológico. 2020; 37(1).
17. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos da sífilis em municípios brasileiros [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
18. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos de hepatites em municípios brasileiros [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
19. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [internet]. [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>.
20. Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à saúde no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atenção Básica. Sistema de saúde. Sobre qualiAB [internet]. [acesso em 13 ser 2021]. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/atenbasica/sobre.php>.
22. Brasil. Lei 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 27 ago 1990 [acesso em 12 out 2021]; Seção 1:18551. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm).
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes [internet] [acesso em 12 out 2021]. Disponível em [http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf).
24. Ferreira JBB. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 731-61.
25. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec, 2011. p.317- 31.
26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
27. Ayres JRCM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):67-82.
28. Organização mundial da saúde - OMS. Global standards for quality health care services for adolescents [internet]. 2018 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/).
29. Ayres JRCM, Carvalho YA, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunic Saúde Educ. 2012; 16(40):67-81.
30. Hirata H, Guimarães NA. Cuidado e cuidadores: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas; 2012.
31. Molinier P, Paperman P. Descompartmentar a noção de cuidado? Rev Brasil Cienc. Pol. 2015; (18):43-57.
32. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26(5):961-970.
33. Souza CCBX. Até que a morte os separe: os cônjuges cuidadores, profissionais de saúde e o cuidar [dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013 [acesso em 16 out 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04022014-110208/>.

34. Ministério da Saúde (BR). Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais. Nota informativa Nº 10/2018-COVIG/CGVP/DIAHV/SVS/MS: ampliação da indicação de do uso da vacina de hepatite A para as pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e homens que fazem sexo com homens). Brasília (DF); 2018.

35. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de IST/Aids. Orientações sobre a ampliação da indicação de vacina hepatite A. São Paulo; 2018.

36. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nota técnica CCD 001/2007 - abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. DOE; 29 set 2007.

37. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília (DF); 2008.

38. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2018; (63):503-5.

39. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo; 2020.

40. Ministério da Saúde (BR). Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília (DF); 2016.

41. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [internet]. Brasília; 7 ago 2009 [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm).

42. Ministério da Saúde (BR). Marco teórico e referencial saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes. Brasília (DF); 2007.

43. Queiroz LB, Ayres JRCM, Saito MI, Mota A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990. *Hist Cienc. Saúd. Mang*. 2013; 20(1):49-66.