

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

POLIANA LINO DE FREITAS

BARREIRAS E FACILITADORES NO ACESSO À SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE
EM FRANCISCO MORATO

SÃO PAULO
2022

POLIANA LINO DE FREITAS

BARREIRAS E FACILITADORES NO ACESSO À SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE
EM FRANCISCO MORATO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Saúde, para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Regina McDowell
Figueiredo

SÃO PAULO
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde – IS

Freitas, Poliana Lino de

Barreiras e facilitadores no acesso à saúde sexual e reprodutiva da população adolescente em Francisco Morato / Poliana Lino de Freitas — São Paulo, 2023.

33 f.

Orientador (a): Prof^a Regina Maria McDowel de Figueiredo

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Saúde sexual e reprodutiva 2. Educação sexual 3. Atenção primária à saúde I. Figueiredo, Regina Maria McDowel

Dedico esse trabalho a minha mãe, Jorcelina, minhas
irmãs, Stephanie e Gabrielle, e ao meu companheiro,
Iago. Os meus maiores incentivadores!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do Instituto de saúde por estimular reflexões críticas acerca das desigualdades sociais que enfrentamos em nossa sociedade;

A professora Regina por oferecer espaço de aprendizado, orientação e suporte em toda a construção do trabalho;

Ao Município de Francisco Morato e todos os profissionais de saúde que acreditam na importância da ciência para a melhoria do SUS;

“Educação não transforma o mundo, educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo”

(Paulo Freire)

Freitas Lino, Poliana. **Barreiras e facilitadores no acesso á saúde sexual e reprodutiva da população adolescentes em Francisco Morato** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023

RESUMO

O descumprimento das leis que asseguram os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes tem papel importante na promoção de vulnerabilidades e barreiras de acesso á saúde. Dessa forma foi realizado um levantamento descritivo da atenção à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária em Francisco Morato. A partir de um estudo quali-quantitativo, que utilizou-se de dados retirados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST , e do ‘Instrumento de Conhecimento da atenção básica’ (ICAB), além de entrevista semi-estruturada a coordenação da Atenção Básica e coordenação do Programa de IST/Aids do Município.

De acordo com os resultados obtidos, a retirada de contraceptivos hormonais por adolescentes não pode ser realizada de forma autônoma em nenhuma hipótese em 3 (25%) unidades; e em outras 5 (41%) há barreiras etárias. Quanto à retirada de contracepção de emergência: 3 (25%) serviços não permitem nunca e em 5 (41,6%) só é possível a partir dos 15 anos. Concluiu-se então, que a violação dos direitos em saúde sexual e reprodutiva da população adolescente, é perceptível na imposição de barreiras para a autonomia do indivíduo, para o acesso a métodos contraceptivos, e serviços em saúde na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva, educação em saúde, atenção primária em saúde

ABSTRACT

Failure to comply with laws that guarantee the sexual and reproductive rights of adolescents plays an important role in promoting vulnerabilities and barriers to access to health. Thus, a descriptive survey of sexual and reproductive health care in primary care in Francisco Morato was carried out. From a quali-quantitative study, which used data taken from the Information System on Live Births, from the Department of Diseases, Chronic Conditions and STIs, and from the 'Instrument of Knowledge of Primary Care' (ICAB), in addition to semi-structured interview with the coordination of Primary Care and coordination of the STI/AIDS Program in the city.

According to the results obtained, withdrawal of hormonal contraceptives by adolescents cannot be carried out autonomously under any circumstances in 3 (25%) units; and in another 5 (41%) there are age barriers. Regarding withdrawal of emergency contraception: 3 (25%) services never allow it and in 5 (41.6%) it is only possible from 15 years old. It was then concluded that the violation of the adolescent population's sexual and reproductive health rights is noticeable in the imposition of barriers to the individual's autonomy, access to contraceptive methods, and health services in primary care.

Keywords: Sexual and reproductive health, health education, primary health care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MÉTODO.....	15
3	JUSTIFICATIVA.....	17
4	OBJETIVO GERAL	18
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
ARTIGO		
5	INTRODUÇÃO	19
6	METODOLOGIA	22
7	RESULTADOS	23
7.1	DADOS COLETADOS A PARTIR DO INSTRUMENTO PARA CONHECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (ICAB), ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	23
7.1.1	Ações em saúde sexual e reprodutiva no Município de Francisco Morato	23
7.1.2	Atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente	23
7.1.3	Demandas da população adolescente na atenção primária	24
7.1.4	Serviços da atenção básica oferecidos aos adolescentes	25
7.1.5	Panorama da gravidez na adolescência em Francisco Morato	27
7.1.6	Sífilis e gestação na adolescência em Francisco Morato.....	29
8	DISCUSSÃO	31
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
10	REFERÊNCIAS	36
11	RESULTADOS	39
11.1	CARACTERIZAÇÃO DE FRANCISCO MORATO	39
11.1.1	Dados coletados a partir do Instrumento para Conhecimento da Atenção Básica (ICAB), entrevista com profissionais de saúde do Município e sistemas de informação do Ministério da saúde.	39
11.1.2	Serviços da atenção básica oferecidos aos adolescentes	44
12	DISCUSSÃO	53
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
14	REFERÊNCIAS	59
15	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

O conceito de adolescência é uma criação ocidental contemporânea, que começa a ser formulado a partir do século XVIII e adquire diversos significados e representações ao longo dos anos, a depender do contexto histórico, político e econômico. Apesar do início das discussões acerca do processo de adolecer terem se iniciado nesse momento, a figura do adolescente só passou a ser caracterizada com nitidez um século depois, no século XX¹. E então a adolescência masculina passou a ser definida como o período entre a primeira comunhão e o bacharelado ou serviço militar; e a feminina, entre a primeira comunhão e o casamento, característicos de uma sociedade sexista e patriarcal¹. Ao longo do século XX, foram atribuídas novas características à adolescência, como rebeldia, contestação e capacidade de provocar potenciais riscos para si e para a sociedade, sendo necessário então um controle maior da família e estado². Diante desse contexto, foi consolidada a ideia da adolescência como uma etapa da vida dotada de características próprias, retentora de um estatuto legal e social¹, conceito que será explicitado com a implementação do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente³.

Apesar disso, essa população ainda enfrenta barreiras para a efetivação de seus direitos devido à ideia negativista e biologicista da adolescência, a qual considera as mudanças físicas, fisiológicas e hormonais como aspectos causadores de rebeldia, crises, indecisão, agressividade, melancolia, instabilidade afetiva entre outros, passando a não considerar a história de vida do adolescente, seu contexto social e econômico, e ainda o seu ambiente familiar⁴. Sendo assim, se naturaliza o controle dos corpos dos adolescentes pela família e estado, negligenciando a autonomia, efetivação de direitos, necessidades e desejos dessa população².

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de entender a adolescência como um momento singular a cada indivíduo quando este deve ser dotado de poder de escolha, e direitos.

Para melhor delimitar o grupo adolescente, favorecer a assistência em saúde e a elaboração de políticas públicas que assegurem os direitos humanos dessa população ao redor do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) balizou a adolescência como o período da vida entre os 10 aos 19 anos, e a juventude aquela que ocorre entre os 15 e os 24 anos. Esses conceitos são passíveis de desdobramentos, compreendendo então, o adolescente

jovem, como aquele que possui entre 15 a 19 anos; e o adulto jovem, aquele com idade entre 20 a 24 anos.

O Ministério da Saúde adota para parâmetros de vulnerabilidade em saúde a mesma faixa etária construída pela OMS, mas em nível de direitos, adota a Lei Federal (8.069/90), conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituída como lei brasileira de proteção aos direitos da criança e do adolescente, que circunscreve a adolescência ao período da vida entre os 12 aos 18 anos³, o que vale enquanto estatuto civil e legal em nosso país.

A Convenção Internacional dos Direitos das Crianças das Nações Unidas, reconheceu em 1989, crianças e adolescentes de ambos os sexos como indivíduos de direitos, merecedores de cuidados especiais e prioridade absoluta nas políticas públicas. São direitos assegurados, desde então, a igualdade em relação à saúde, o direito a buscar e receber informações, à educação e, ainda, à não discriminação por motivo de sexo ou qualquer outro, tais como idade ou ser portador (a) de deficiência⁵

Como cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional, o ECA, instituiu o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos individuais e sociais próprios, independente dos direitos ou concepção de seus pais ou responsáveis e que não é possível estabelecer limitações em razão dessa condição⁵.

Para além desse aspecto, o ECA reitera que a condição de pessoa em desenvolvimento não afasta da criança e do adolescente o acesso aos direitos humanos, à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, concedendo direito à identidade, autonomia, valores e direito de opinião e expressão³.

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana [...] assegurando-se, por lei ou outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental e moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade³

Portanto, são direitos do adolescente também os direitos sexuais e reprodutivos, estabelecidos pela ONU em 1994⁵; que por sua vez assegura o direito ao acesso à educação em saúde sexual, a liberdade de expressar sua sexualidade de maneira livre e positiva, assim como o acesso ao planejamento reprodutivo e a uma ampla oferta e variedade de métodos contraceptivos.

A conquista dos direitos reprodutivos e sexuais foi fruto, principalmente, do Movimento de Mulheres advindo da década de 1970 e 1980 e são constituídos por princípios

e normas dos direitos humanos que asseguram a prática livre e consciente da sexualidade e reprodução humana⁶. Da mesma forma em que se constitui como direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos, o intervalo entre seus nascimentos e o acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem que sofra discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza⁵.

Em consonância com esse olhar para a saúde na adolescência, em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Programa que possui como áreas prioritárias para elaboração de políticas, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, proporcionando uma nova abordagem à sexualidade na adolescência⁷.

No entanto, esses direitos e políticas públicas parecem se dissolver em um emaranhado de tabus, preconceitos, moralismo, controle de corpos e ineficiência no cumprimento da lei. E, parte desses aspectos, advém da forma como a sexualidade na adolescência é tratada em nossa sociedade².

Apesar do tema ser multidimensional, abrangendo diversos aspectos, como as relações interpessoais, o comportamento social, as relações afetivas e sexuais, e as questões de gênero, é comum a limitação da sexualidade na adolescência à ideia de gravidez precoce e indesejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e/ou ao abuso e violência sexual⁴.

Assim como o ECA, apesar de representar um grande avanço para a efetivação de direitos de crianças e adolescentes, trata apenas expressamente dos aspectos negativos da sexualidade, deixando de evidenciar a sexualidade na adolescência como um direito a ser exercido de forma consciente, informada e prazerosa, além de não explicitar o direito ao acesso à informação, a educação sexual e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, deixando-os vagamente supostos dentro dos itens de direito à saúde⁵.

Esta omissão e repressão à sexualidade penetra de forma muito mais abrangente a vida sexual de meninas adolescentes, devido a preceitos sexistas que ainda permeiam a sociedade⁸ promovendo consequências graves, como abusos, ausência de autonomia, desconhecimento do corpo, gravidez indesejada e precoce, entre outros, que incidem de maneira mais acentuada sobre esse grupo.

Anualmente, cerca de 16 milhões de meninas adolescentes entre 15 e 19 anos tornam-se mães em países de média e baixa renda⁹. Por isso, no Brasil, a gravidez na adolescência tornou-se um problema de Saúde Pública, verificado pelo aumento da proporção relativa da fecundidade em mulheres com até 19 anos de idade, que passou de 7,1% em 1970 para 23%

em 2006¹⁰; nos últimos anos, essa proporção sofreu certa diminuição, entretanto o país ainda possui uma das maiores taxas de gestação na adolescência do mundo⁹. Em 2019, houve no Brasil 2.849.146 nascimentos, dos quais 399.922 (14,4%) eram de adolescentes de 15 a 19 anos e 19.330 (0,7%) eram de meninas de 10 a 14 anos¹¹, fenômeno que está associado a alguns fatores, como: baixo nível socioeconômico, não uso ou uso incorreto dos métodos contraceptivos, violência sexual, baixa autoestima, uso de álcool e outras drogas, além da escassez de políticas públicas efetivas que priorizem a educação em saúde nas escolas e aproximem os jovens dos serviços de saúde e de métodos de prevenção a IST e gravidez¹²

Sendo assim, a gravidez na adolescência compreende esferas múltiplas e impacta negativamente a vida de jovens, principalmente a de meninas adolescentes⁸. Estas possuem chances maiores de recorrer ao aborto inseguro, apresentam alta taxa de evasão escolar durante a gestação e após o parto, fator que dificulta a inserção no mercado de trabalho e assim a possibilidade de obter uma melhor renda financeira. Para além desses aspectos e como consequência desses, as adolescentes podem apresentar sofrimento psíquico intenso, autovalorização negativa e pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro¹². Tais circunstâncias podem promover dificuldade para limitar a fecundidade, quando não assistidas por políticas de planejamento reprodutivo e sexual em conjunto às situações de dependência econômica¹⁰. Ademais, as intercorrências da gravidez, parto e puerpério correspondem à principal causa de morbimortalidade entre jovens de 15 a 24 anos no Brasil¹³

Por outro lado, assim como os dados nacionais, o estado de São Paulo também sofreu uma acentuada redução nos índices de gravidez na adolescência, diminuindo em 46,59% o número de adolescentes grávidas, entre os anos de 1998 e 2016. Entretanto, ainda são quase 80 mil nascimentos de crianças cujas mães possuem idade entre 10 e 19 anos, estatística ainda preocupante, visto que é um dado de extrema significância que requer medidas urgentes¹⁴.

Através de estimativa populacional do ano de 2016 haviam 32.732.865 pessoas com idade entre 10 e 19 anos no Brasil, o que representa aproximadamente 15,60% de toda a população¹¹. Em contrapartida, mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil⁹. No Brasil, adolescentes pretas e pardas são maioria no enfrentamento da gravidez na adolescência quando comparadas com adolescentes de outra raça/cor, retratos que demonstram quem tem mais facilidade de acesso à informação, a métodos contraceptivos e a educação sexual. Assim como se reconhece na problematização da justiça reprodutiva, a qual não é unânime a todos os públicos e sim a uma classe mais privilegiada¹⁵.

A justiça reprodutiva surge pautada em preceitos legais no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, garantindo a autonomia do sujeito (homens e mulheres) em suas escolhas sexuais e reprodutivas. Mas a vinculação deste pressuposto ao paradigma liberal, individualista, obscurece o racismo estrutural existente nas sociedades ditas democráticas, o qual impõe obstáculos muitas vezes intransponíveis para o direito de escolha e de acesso aos insumos biomédicos e serviços de saúde a determinados grupos populacionais¹⁵.

O uso de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCS) entre adolescentes surge como uma medida eficaz e recomendada. Uma vez que a utilização do preservativo masculino combinado com a pílula oral, quando utilizados da maneira correta, tem uma taxa de falha entre 9% e 18%, enquanto para métodos DIU, e implantes a falha pode ocorrer entre 0,2% e 0,8%¹⁶. Embora, a OMS afirme que qualquer método contraceptivo é indicado independentemente da idade da pessoa que faz seu uso, as contraindicações a respeito de contracepção não podem ser baseadas na idade do usuário, mas sim em achados clínico-patológicos, hereditários ou, até mesmo, efeitos colaterais provocados pelo método escolhido¹⁶.

Dessa forma, entende-se que para ser efetivada a justiça reprodutiva, todos os métodos deveriam ser oferecidos aos adolescentes, junto a políticas públicas de educação sexual e reprodutiva. No Brasil, os adolescentes enfrentam diversas barreiras de acesso para alcançarem um método contraceptivo, desde a contracepção hormonal até o DIU, que por sua vez é uma realidade distante e desconhecida para muitas meninas, principalmente adolescentes pretas e pardas periféricas¹⁵.

2 MÉTODO

O Instituto de Saúde de São Paulo, órgão da Secretaria de Saúde do Estado, em parceria com Francisco Morato, cidade da grande São Paulo, propôs trazer um panorama descritivo da Atenção Básica do Município, através do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, no qual os especializandos tiveram a oportunidade de desenvolver projetos de pesquisa.

A descrição panorâmica foi dividida por eixos de cuidado, sendo eles: Saúde do idoso, Saúde da mulher, Saúde da criança, Financiamento da atenção básica, Saúde mental, e também Saúde Reprodutiva e sexual de adolescentes, sendo o último o objeto de interesse do presente trabalho, constituído em três etapas:

I) A primeira consistiu no levantamento de dados do município, referente à gestação, adolescência e IST, por meio dos Sistemas de Informação do SUS, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis que compreende a plataforma:

- Indicadores de sífilis dos municípios brasileiros

II) Na segunda etapa, foi feito um levantamento quantitativo, utilizado o "Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica" (ICAB)', que compreende um questionário dividido por módulos, que registram observação das unidades básicas de saúde (UBS) e processos de organização, comunicação, organização do trabalho e eixos de cuidado. Este instrumento foi aplicado pelos especializandos aos gestores das 12 UBSs presentes na cidade. O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS).

III) Em uma terceira etapa, foi feito um levantamento qualitativo, utilizando um roteiro que coletou dados a partir de entrevista semiestruturada a coordenação da Atenção Básica e coordenação do Programa de IST/Aids e Hepatites Virais do Município, que por sua vez foram tratadas por meio de análise fenomenológica.

Compreende assim, uma pesquisa quali-quantitativa, que se utilizou de 2 instrumentos aplicados em diferentes etapas entre julho de 2022 e janeiro de 2023, com o objetivo de descrever a assistência em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes no município de Francisco Morato, além de apresentar a situação de exposição à gestação e atenção contraceptiva, caracterizando perfis etários e de risco dessa população neste município. O enfoque priorizou saber: como se dá a oferta de planejamento reprodutivo aos adolescentes em Francisco Morato, qual o acesso aos métodos contraceptivos pelos adolescentes, qual a

oferta de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, e ainda, como tais ofertas impactam nos índices de gravidez na adolescência no Município.

3 JUSTIFICATIVA

A iniciação sexual é um processo gradual de experimentação e de aprendizado do repertório cultural sobre gênero, reprodução, contracepção, e até situações de violência que circundam a sociabilidade juvenil¹⁵. Ao contrário da perspectiva da abstinência sexual, como justificativa para redução da gravidez na adolescência, é preciso valorizar e reconhecer adolescentes como sujeitos de direitos para o pleno desenvolvimento humano. Ou seja, a(o) adolescente possui, assim como todos os cidadãos brasileiros, o direito de decidir sobre o momento de ter um filho, sobre o método contraceptivo a ser utilizado, como se prevenir de IST e com quem se relacionar¹⁵.

Negar ou dificultar ao adolescente direitos básicos, como o acesso à saúde, a educação, e o lazer, entre outros, caracteriza-se como uma forma de impedir que o indivíduo goze de cidadania e de direitos humanos e ainda favorece a vulnerabilidade social de adolescentes, jovens e adultos¹⁷. Assim, a Atenção Básica em saúde apresenta-se como uma ferramenta essencial para a efetivação de direitos em saúde e também como um elo para produzir cuidado em saúde intersetorial e em rede.

Dessa forma a prevenção da gravidez na adolescência compreende esferas múltiplas e a tendência à culpabilização, individualização e responsabilização única da adolescente gestante é violenta e se configura como uma discriminação não só etária, mas de gênero, visto que a gravidez indesejada nesta fase da vida representa a ineficiência de políticas públicas e de ações em saúde preventiva e educação sexual¹⁸. As barreiras de acesso a métodos contraceptivos impostas aos adolescentes, principalmente aqueles de baixa renda, contribuem para a manutenção da desigualdade social e ainda para a permanência de muitos jovens na linha da pobreza¹⁵.

Para além disso, a prática sexual de risco, aquela sem proteção e informação, mostra-se frequente entre adolescentes brasileiros devido a estes estarem iniciando a sua vida sexual, fator que aumenta as chances de infecções sexualmente transmissíveis e consequentemente o adoecimento da juventude¹⁹. Por isso, estudos que enfoquem como está a oferta de saúde sexual e reprodutiva na rede pública se fazem necessários para avaliar se os direitos de saúde deste público adolescente e jovem estão sendo garantidos pelo Estado, em especial, os direitos sexuais e reprodutivos.

4 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho objetiva realizar um levantamento descritivo da atenção à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária da cidade de Francisco Morato, de modo a identificar necessidades, fragilidades e potencialidades no acesso e na assistência em saúde da população adolescente.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Pretende-se descrever a atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com enfoque reprodutivo, verificando serviços disponíveis nas UBS, disponibilização do acesso dos adolescentes a contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência e o perfil da gravidez entre adolescentes que residem no município, além da situação epidemiológica da sífilis na gestação entre adolescentes.

ARTIGO

BARREIRAS E FACILITADORES NO ACESSO Á SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE EM FRANCISCO MORATO

5 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde adota para parâmetros de vulnerabilidade em saúde a mesma faixa etária construída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual baliza a adolescência como o período da vida entre os 10 aos 19 anos, e a juventude aquela que ocorre entre os 15 e os 24 anos, entretanto em nível de direitos, considera a Lei Federal (8.069/90), conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituída como lei brasileira de proteção aos direitos da criança e do adolescente, que circunscreve a adolescência ao período da vida entre os 12 aos 18 anos¹, o que vale enquanto estatuto civil e legal em nosso país.

Todavia apesar do respaldo legislativo a população adolescente ainda enfrenta barreiras para a efetivação de seus direitos devido à ideia negativista e biologistica da adolescência, a qual considera as mudanças físicas, fisiológicas e hormonais como aspectos causadores de rebeldia, crises, indecisão, agressividade, melancolia, instabilidade afetiva entre outros, passando a desconsiderar as necessidades básicas do adolescente, como alimentação, saúde e educação além do seu contexto social e econômico, ao passo que todo comportamento adolescente é associado a puberdade². Sendo assim, negligencia-se a autonomia, direitos, necessidades e desejos dessa população.

Como cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional, o ECA, instituiu o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos individuais e sociais próprios, independente dos direitos ou concepções de seus pais ou responsáveis ⁴.

Em seu Art 3º, o ECA reitera:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana [...] assegurando sê-lhes, por lei ou outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental e moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade⁴.

Portanto, são direitos do adolescente também os direitos sexuais e reprodutivos, estabelecidos pela ONU em 1994⁴; que por sua vez assegura o acesso à educação em saúde sexual, a liberdade de expressão da sexualidade de maneira livre e positiva, assim como a oferta de planejamento reprodutivo e uma ampla variedade e disponibilidade de métodos contraceptivos⁵. Além de estabelecer como direito subjetivo a decisão sobre o número de filhos, o intervalo entre seus nascimentos e o acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem que sofra discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza⁴. No entanto, esses direitos parecem se dissolver em um emaranhado de tabus, controle de corpos e ineficiência no cumprimento da lei. E, parte desses aspectos, advém da forma como a sexualidade na adolescência é tratada em nossa sociedade³.

Apesar do tema ser multidimensional, abrangendo diversos aspectos, como as relações interpessoais, o comportamento social, as relações afetivas e sexuais, além das questões de gênero, é comum a limitação da sexualidade na adolescência à ideia de gravidez precoce e indesejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e/ou ao abuso e violência sexual².

Esta omissão e repressão da sexualidade impede o diálogo quanto a educação sexual, disseminação de informações em saúde sexual, prevenção de ISTs, gravidez indesejada, entre outros, tornando a população adolescente vulnerável a situações de risco na prática sexual⁶. Anualmente, cerca de 16 milhões de meninas adolescentes entre 15 e 19 anos tornam-se mães em países de média e baixa renda⁷. Como ocorre no Brasil, onde a gravidez na adolescência tornou-se um problema de Saúde Pública, verificado pelo aumento da proporção relativa da fecundidade em mulheres com até 19 anos de idade, que passou de 7,1% em 1970 para 23% em 2006⁸, nos últimos anos, essa proporção sofreu certa diminuição, entretanto o país ainda possui uma das maiores taxas de gestação na adolescência do mundo⁷. De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2019, houve no Brasil 2.849.146 nascimentos, dos quais 399.922 (14,4%) eram de adolescentes de 15 a 19 anos e 19.330 (0,7%) eram de meninas de 10 a 14 anos⁹, fenômeno associado a alguns fatores, como: baixo nível socioeconômico, não uso ou uso incorreto dos métodos contraceptivos, violência sexual, uso de álcool e outras drogas, além da escassez de políticas públicas efetivas que priorizem a educação em saúde nas escolas e aproximem os alunos aos serviços de saúde e de métodos de prevenção a IST e gravidez⁹.

Sendo assim, a gravidez na adolescência compreende esferas múltiplas e impacta negativamente a vida de jovens, principalmente a de meninas adolescentes⁶. Estas podem recorrer ao aborto inseguro e apresentam alta taxa de evasão escolar durante a gestação e após o parto, o que dificulta a inserção no mercado de trabalho, posteriormente, e assim a

possibilidade de obter uma melhor renda financeira na vida adulta. Para além desses aspectos as intercorrências da gravidez, parto e puerpério correspondem à principal causa de morbimortalidade entre jovens de 15 a 24 anos no Brasil ^{10,11}.

Ademais, adolescentes pardas e pretas são maioria no enfrentamento da gravidez na adolescência quando comparada a adolescentes de outra cor/raça, retratos que demonstram quem possui maior facilidade de acesso à informação, a métodos contraceptivos e a educação sexual. Assim como se reconhece na problematização da justiça reprodutiva, a qual não é unânime a todos cidadãos¹².

A justiça reprodutiva surge pautada em preceitos legais no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, garantindo a autonomia do sujeito (homens e mulheres) em suas escolhas sexuais e reprodutivas. Mas a vinculação deste pressuposto ao paradigma liberal, individualista, obscurece o racismo estrutural existente nas sociedades ditas democráticas, o qual impõe obstáculos muitas vezes intransponíveis para o direito de escolha e de acesso aos insumos biomédicos e serviços de saúde a determinados grupos populacionais¹².

Diante disso, torna-se imprescindível identificar barreiras e facilitadores no acesso a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Francisco Morato, de modo a contribuir para a efetivação plena dos direitos em saúde de todo cidadão.

6 METODOLOGIA

O Instituto de Saúde de São Paulo, órgão da Secretaria de Saúde do Estado, em parceria com Francisco Morato, cidade da grande São Paulo, propôs trazer um panorama descritivo da Atenção Básica do Município, através do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

A descrição panorâmica foi dividida por eixos de cuidado, entre eles a Saúde reprodutiva e sexual de adolescentes, sendo o objeto de interesse do presente trabalho, constituído em três etapas:

I) A primeira consistiu no levantamento de dados do município, referente à gestação, adolescência e IST, por meio do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC) e do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis que compreende a plataforma:

- Indicadores de sífilis dos municípios Brasileiros

II) Na segunda etapa, foi feito um levantamento quantitativo, utilizado ‘Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica’ (ICAB), o qual compreende um questionário dividido por módulos, que registram observação das unidades básicas de saúde (UBS) e processos de organização, comunicação, organização do trabalho e eixos de cuidado. Este instrumento foi aplicado pelos especializandos aos gestores das 12 UBSs presentes na cidade. O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS).

III) Em uma terceira etapa, foi realizada uma qualitativa, utilizando um roteiro que coletou dados a partir de entrevista semiestruturada a coordenações que tratam da saúde sexual e reprodutiva no município, que por sua vez foram tratadas por meio de análise fenomenológica.

Concebe-se então como uma pesquisa quali-quantitativa, que se utilizou de 2 instrumentos aplicados em diferentes etapas entre julho de 2022 e janeiro de 2023, com o objetivo de descrever a assistência em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes no município de Francisco Morato, além de apresentar a situação de exposição à gestação e atenção contraceptiva, caracterizando perfis etários e de risco dessa população neste município.

7 RESULTADOS

7.1 DADOS COLETADOS A PARTIR DO INSTRUMENTO PARA CONHECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (ICAB), ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

7.1.1 Ações em saúde sexual e reprodutiva no Município de Francisco Morato

Todas as UBSs do município afirmaram realizar ações em saúde sexual e reprodutiva, sendo que mulheres em idade reprodutiva, mulheres durante o pré-natal e mulheres no puerpério são o público-alvo mais representativo, aparecendo em 11 (91,67%) unidades básicas de saúde. Adolescentes são citadas como público-alvo das ações em saúde sexual e reprodutiva em 5 (41,67%), adolescentes homens em 8 (66,67%) e adolescentes mulheres em 10 (83,33%).

7.1.2 Atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente

Quanto a comunicação entre a atenção primária e as escolas municipais, todas as unidades afirmaram participar do programa saúde na escola, sendo que 11 (91,%) relataram realizar planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização de ações. As principais ocorrências relatadas como demanda da escola à Atenção Básica, referente à saúde sexual e reprodutiva dos alunos foram: Infecções sexualmente transmissíveis, citada em 2 (16%) momentos; gravidez em 1 (8%), e saúde sexual em 1 (8%).

Dessa forma, através dos dados coletados do ICAB e da entrevista com coordenadoras de saúde do município, verifica-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) está presente na cidade de Francisco Morato, entretanto segundo as profissionais de saúde, a efetividade do programa é comprometida pela escassez de profissionais e pela fragilidade nas parcerias entre o governo estadual e o setor saúde, como demonstram as seguintes falas:

“No PSE a gente aborda temas de sexualidade que são IST e gravidez. No PSE tem o acompanhamento das escolas Municipais, mas escolas municipais é até os 10 anos de idade, depois disso é

estado, e as parcerias são frágeis, não conseguimos ainda uma parceria forte que possa fazer isso acontecer, na teoria aconteceria, na prática é fragilizado” (Profissional de saúde A)

“É que assim, aqui o RH é muito curto né, esse ano eu já fiz uma escola para uns 200 alunos” (Profissional de saúde B)

7.1.3 Demandas da população adolescente na atenção primária

Acerca da procura de preservativos por adolescentes, é relatado pelas gerentes uma busca por este público: adolescentes homens realizam “muita busca” em 2 (16%) UBS do município, em 4 (33%) os adolescentes de ambos os sexos, feminino e masculino, realizam “maior busca”.

Quanto à busca total por contracepção de emergência, as adolescentes representam a minoria no compilado de UBSs, sendo “a maioria” em 1 (8%) UBS, “metade” em 1(8%), “minorias” em 6 (50%) e, em 4 (33%) unidades não realizam nenhuma busca.

Ao mesmo tempo, a busca por teste de gravidez por adolescentes é ampla e presente em todas as UBSs, pois representam a “maioria” da demanda por testes em 1 (8%) unidade, “metade” em 6 (50%) e “minorias” em 5 (41%) UBSs.

Ainda em relação a demanda por serviços entre adolescentes, as profissionais entrevistadas afirmam que há pouco interesse dessa população por serviços da atenção básica, e por prevenção sexual, mas muita busca de assistência a eventos posteriores ao risco:

“Eles não se protegem, poucos jovens buscam auxílio e orientação sexual nas unidades de saúde. Quando procuram, as meninas procuram para fazer teste, alguns casos para tomar pílula do dia seguinte e o menino jovem procura quando está com alguma queixa, algo que está incomodando no pênis” (Profissional de saúde A)

Quanto à procura por métodos contraceptivos entre os (as) adolescentes, a trabalhadora de saúde evidencia a falta de informação como uma fomentadora da ausência desse público nas demandas contraceptivas:

“A procura por contracepção de emergência entre adolescentes é pouca, o nível de orientação deles é muito ruim e baixo. Eles acabam comprando pois não sabem. As vezes passamos a informação para a mãe da menina e ela também desconhecia sobre”
(Profissional de saúde A)

7.1.4 Serviços da atenção básica oferecidos aos adolescentes

Sobre a possibilidade de atendimento autônomo de adolescentes na atenção básica em Francisco Morato, este só podem ter autonomia para marcar consulta em 8 (66%) UBSs, porém em 4 (33%) essa prática só é permitida a partir dos 15 anos de idade. Em outras 4 (33%) unidades os adolescentes não podem nunca realizar o agendamento de consultas. Da mesma forma, o atendimento autônomo de adolescentes em consultas, não é permitido nunca em 2 (16%) UBSs, e 4 (33%) UBS apresentam restrição etária, permitindo o atendimento somente a partir dos 15 anos de idade. No que concerne ao acesso a métodos contraceptivos, a retirada de contraceptivos hormonais por adolescentes não pode ser realizada de forma autônoma em nenhuma hipótese em 3 (25%) unidades; em outras 5 (41%) há barreiras etárias, permitindo a retirada a partir dos 15 anos. Em relação à contracepção de emergência, 3 (25%) serviços nunca permitem a retirada ou recebimento deste método autonomamente por adolescentes e 5 (41,6%) só permitem o acesso a partir dos 15 anos.

Quanto ao DIU, 5 (41,6) unidades referiram não permitir a inserção em adolescentes e 2 (16%) afirmaram inserir em adolescentes com 15 anos ou mais (tabela 1)

Tabela 1. Serviços ofertados aos adolescentes na Atenção Básica em Francisco Mato

Faixa Etária/ Possibilidade de acesso	10 ou +		12 +		14 ou +		15 ou +		Não podem nunca		Não Sabe	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Marcar consulta autonomamente	1	8,3	2	16,6	1	8,3	4	33,3	4	33,3	----	----
Ser atendidos em consulta	1	8,3	3	25	2	16,6	4	33,3	2	16,6	----	----
Retirar ou receber contraceptivos hormonais	----	----	2	16,6	2	16,6	5	41,6	3	25	----	----
Receber a contracepção de emergência	----	----	----	----	3	25	5	41,6	3	25	1	8,3
Colocar DIU	1	8,3	1	8,3	1	8,3	2	16,6	5	41,6	2	16,6

Fonte: ICAB, 2022

O acesso a métodos hormonais apresenta não só restrição etária, como também a necessidade de apresentar prescrição médica:

“Tudo tem que pegar receita” (Profissional de saúde B)

*“Às vezes há exigência de uma receita médica para pegar
contraceptivos hormonais”* (Profissional de saúde A)

O mesmo ocorre para a contracepção de emergência, que para além da restrição etária, também fica sujeita a barreiras burocráticas e solicitação de prescrição médica, contrariando a lei do exercício profissional do enfermeiro 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 271/2001, a qual promulga que enfermeiros são aptos a prescrever contraceptivos hormonais orais e contracepção de emergência. E para além disso, o Ministério da Saúde, o qual prevê a dispensação de contracepção de emergência com acesso facilitado e desburocratizado nas UBSs, seguida de acolhimento imediato para o planejamento reprodutivo¹³.

O cenário do acesso de adolescentes a serviços da Atenção Básica com autonomia contrapõe as informações fornecidas pelos gerentes das UBSs, apontando que a decisão sobre

o fornecimento de métodos contraceptivos fica a cargo de cada profissional, principalmente em relação ao DIU:

“A restrição etária depende de profissional para profissional. (...) têm médicos profissionais que não colocam DIU em mulheres que não tiveram filhos e é um direito delas. Então a violação de direitos depende do profissional, pois sabemos que acontece”. (Profissional de saúde A)

“A gente fala que há oferta de DIU, mas não acontece, não conseguimos, pois, sabemos que será barrada... então optamos por métodos hormonais. Nas UBSs ninguém põe DIU (Profissional de saúde B)

“Temos três médicos aqui, mas eles sempre devolvem, falam que não é adequado” (Profissional de saúde A)

7.1.5 Panorama da gravidez na adolescência em Francisco Morato

Assim como o Brasil e São Paulo, Francisco Morato também apresentou redução nas taxas de gravidez na adolescência entre 2015 e 2020, entretanto estas ocorrências ainda são comuns no município, principalmente entre meninas de 15 a 19 anos¹⁴. (tabela 2)

Tabela 2. Nascimento por ano e faixa etária materna no município de Francisco Morato

Idade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
10 a 14 anos	10	21	24	29	18	26	19	14	13	15	16
15 a 19 anos	530	554	548	603	619	546	549	472	416	408	328

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Atualmente, segundo dados do ICAB levantados junto às gerências de UBS, do total de gestantes em Francisco Morato, as adolescentes representam “minorias” em 11 (91%) UBSs. Porém essa ocorrência é apontada por todas as unidades. (tabela 3)

Tabela 3. Representatividade das adolescentes no total de gestantes em Francisco Morato

Do total de gestantes, adolescentes representam:	(n)	(%)
Metade	1	8,33%
Minoria	11	91,67%

Fonte: ICAB, 2022

Entre as adolescentes brancas houve redução sucessiva nos índices de gravidez na adolescência a partir de 2011, enquanto, entre meninas pardas, o mesmo só ocorreu a partir de 2017. Além disso, as meninas pardas ainda permanecem sendo o público que mais enfrenta a gravidez na adolescência no município. (tabela 3).

Tabela 4. Número de casos de gravidez na adolescência no município de Francisco Morato segundo faixa etária, raça/cor e ano de nascimento entre 2010 e 2020

Raça/ Cor	Branca			Preta			Parda			Indígena			Amarela		
Faixa Etária	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total
Ano															
2010	5	257	262	----	4	4	5	266	271	----	----	----	----	----	----
2011	4	271	275	----	5	5	16	375	391	1	----	1	----	----	----
2012	----	166	166	1	20	21	22	355	377	----	----	----	----	----	----
2013	4	156	160	1	19	20	23	420	443	----	----	----	----	----	----
2014	2	153	155	----	15	15	16	446	462	----	----	----	----	----	----
2015	3	113	116	1	9	10	22	416	438	----	1	1	----	1	1
2016	2	53	55	1	8	9	16	486	502	----	----	----	----	----	----
2017	----	62	62	----	8	8	14	400	414	----	----	----	----	----	----
2018	1	41	42	----	10	10	12	363	375	----	----	----	----	2	2
2019	3	33	36	----	9	9	12	365	377	----	----	----	----	----	----
2020	1	21	22	----	11	11	15	296	311	----	----	----	----	----	----

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Ainda quanto ao perfil das adolescentes do município que engravidam, emergiram os seguintes discursos:

“ A gravidez na adolescência entre as meninas de 14 e 15 anos têm aumentado bastante, não temos dados sobre a raça delas”
(Profissional de saúde B)

7.1.6 Sífilis e gestação na adolescência em Francisco Morato

A desinformação e as barreiras impostas para acessar métodos contraceptivos, em específico os preservativos, também têm papel importante na infecção de adolescentes por ISTs. Assim como demonstram os dados do Ministério da Saúde sobre o percentual dos casos de infecção por sífilis. Em 2015 houve, em Francisco Morato, certa redução da infecção por sífilis entre mulheres de 15 a 19 anos, passando de 40% em 2013, para 25% em 2015 (embora este último indicador ainda seja considerado alto). Em 2017 os números voltam a subir, e, em junho de 2022, das gestantes entre 15 e 19 anos do município, 25,6% se infectam com sífilis. (tabela 10).

Tabela 5. Distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico em Francisco Morato, 2005-2022.

Faixa Etária	Total	2005 - 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
10 a 14 anos	0,9	-	-	10	-	-	2,1	-	-	2,5	0,9	0,7	-
15 a 19 anos	29,4	27,3	45,5	40	33,3	25	25	34,7	27,8	35,8	29,8	25,2	25,6

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2022; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O perfil dessas gestantes é, conforme as gestoras e apoiadoras entrevistadas de meninas entre 15 e 29 anos de idade, perfil socioeconômico baixo e mães solo.

“Temos todos os tipos de perfis, porém atualmente temos mais jovens, de 15 a 29 anos, de baixa renda...temos muitos casos assim. A maioria se infecta através de um parceiro fixo, mas no momento da gestação não tem parceiro fixo” (Profissional de saúde C)

A gravidez na adolescência combinada com a infecção pela sífilis, mostra-se como uma condição preocupante, visto que contribui para o aumento da vulnerabilidade de meninas jovens¹⁶. A sífilis quando não tratada pode provocar diversas intercorrências, entre elas: erupções na pele, alteração no sistema cardiovascular, e no sistema nervoso. Na gestação a ausência do tratamento traz consequências para o feto que incluem: má formação fetal, aborto e natimortalidade¹⁷. Sendo assim, o tratamento da sífilis mesmo durante o pré-natal é imprescindível para garantir a saúde e o bem-estar da adolescente gestante e do bebê, e deve ser partilhado entre a equipe de saúde, a usuária do serviço e parceiro(a), de forma que a responsabilidade sobre o tratamento não seja exclusivamente da adolescente¹⁶

8 DISCUSSÃO

A sexualidade atua como um “dispositivo histórico” que se constitui, historicamente e culturalmente a partir de muitos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que normatizam, que instauram saberes e que produzem “verdades”¹⁸.

Dessa forma, diante de uma sociedade com histórico patriarcal e com características de religiões que tratam a sexualidade como tabu, a reprovação à prática sexual sem fins reprodutivos, principalmente para mulheres e adolescentes, a imposição sobre o “momento correto” para o início da vida sexual e, ainda, a condenação a comportamentos sexuais que fogem dos padrões heteronormativos são ideais que estão presentes em diversas instituições de saúde e educação e têm papel importante na produção de iniquidades sociais¹⁸.

Para além disso, a sexualidade é uma manifestação fisiológica que tem início, entre os seres humanos, na primeira infância, passando por diversas fases, até atingir-se como organização sexual completa no período da puberdade, consolidando-se na vida sexual adulta¹⁹. Por isso, negar ou anular o desenvolvimento deste evento comum à maioria dos sujeitos, não impede o seu acontecimento, mas produz padrões de cuidado alinhados à repressão da sexualidade, ao desconhecimento das necessidades do público adolescente, à ausência de informações, ao medo, à culpa e à angústia. Ou seja, ao mesmo tempo em que adolescentes sentem fluir seus desejos sexuais, esses são reprimidos por diversas instituições¹⁸.

Por este motivo, as ações em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes que lidem com a sua realidade fisiológica, possuem papel primordial na transmissão de informações de qualidade, no suporte e no apoio a este desenvolvimento, e fundamentais, ainda, para a promoção de vínculo de confiança entre este público e os profissionais de saúde²⁰.

No presente estudo, foi identificado em Francisco Morato, ações em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária em saúde, sendo as mulheres o público-alvo majoritário desses eventos, o que favorece a cultura de responsabilização única da mulher sobre a contracepção do casal. A inclusão dos homens nos grupos e ações que abordem a saúde sexual e reprodutiva e planejamento reprodutivo não é quase realizada e teria potencial de contribuir para que a responsabilidade pela contracepção fosse partilhada²¹. Ao mesmo tempo, observa-se que as ações em saúde sexual e reprodutiva disponibilizadas aos adolescentes não contemplam todas as UBSs da cidade, embora haja serviços com ações voltadas aos adolescentes, principalmente mulheres.

Através de uma revisão Integrativa que buscou desenvolver estratégias inovadoras para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, foi observado que grande parte das atividades educativas sobre a temática, estão reduzidas à transmissão de informação sobre contraceptivos hormonais, preservativos e IST, não contemplando temas referentes à sexualidade, questões de gênero, e outras necessidades pertinentes a adolescência²².

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983, trouxe um novo olhar para a saúde reprodutiva e sexual, referindo a “saúde reprodutiva” como um direito de qualquer cidadão e não como um dever; ao mesmo tempo em que a saúde sexual passa a ser entendida como a garantia ao exercício livre da sexualidade, elemento fundamental para autonomia do sujeito²³.

Dessa forma, ambos os conceitos devem ser considerados na elaboração de atividades para promoção de saúde entre os adolescentes, a fim de produzir cuidado integral e efetivo que atenda às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Ações e parcerias intersetoriais nos espaços de convívio de adolescentes, apresentam-se como estratégias para promoção de saúde de forma integral. Pensando nisso, em 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), através do Decreto Presidencial nº6.286 emitido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de construir políticas intersetoriais para a melhoria na qualidade de vida da população brasileira, enfatizando crianças e adolescentes¹³.

Entretanto, o presente estudo mostra que a parceria entre a saúde e a educação apresenta fragilidades quando se evidencia a ausência de planejamento, recursos humanos, monitoramento e avaliação que dificultam e tornam o PSE pouco eficiente.

Esse e outros fatores, como a ausência de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a importância da garantia de oferta autônoma e sigilo profissional no cuidado de adolescentes, somada a ideais moralistas, acabam por afastar os adolescentes dos serviços de saúde²⁰, tornando a presença deste público escassa. O estudo realizado identifica essa baixa demanda adolescente na busca das UBS, na demanda por métodos contraceptivos, mostrando a vulnerabilidade com relação a gravidez indesejada e IST a que estão suscetíveis, que se comprovam nos índices de gestação. Ao mesmo tempo, expõe a demanda de adolescentes por teste de gravidez nas UBSs, sem que haja uma ação prática de maior fornecimento de oferta de prevenção para este público. Isso resulta nos indicadores de gravidez observados.

Existem ainda as barreiras de acesso que desestimulam e impedem a presença dos adolescentes nos serviços de saúde, pois atuam como filtros, selecionando usuários que podem ou não acessar seus direitos básicos. Isso está retratado nas restrições feitas a este

público, inclusive à restrição etária não fundamentada (como a necessidade de ter 15 anos ou mais) para atender suas demandas, seja para o agendamento de consultas, o atendimento autônomo, individual e com sigilo, ou acesso aos contraceptivos hormonais, a contracepção de emergência, ou a inserção de DIU.

As orientações e diretrizes do Sistema Único de Saúde previstas constitucionalmente e na “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”²⁴, preveem a garantia de acesso à saúde, o atendimento às necessidades baseado na universalidade, integralidade e equidade, além de autonomia e garantia de sigilo para todos os adolescentes. Por isso, negar ou impedir o acesso de um adolescente a um direito humano promove vulnerabilidade e desigualdade social⁴, no caso da saúde sexual e reprodutiva, se reverte nos dados observados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde sobre a grande quantidade e perfil das adolescentes grávidas observadas em Francisco Morato e na maioria dos municípios brasileiros, e que revelam a falta de ações de saúde pública eficazes quanto à contracepção, principalmente prejudicando meninas pardas.

Este fator denuncia o acúmulo de vulnerabilidades e o papel na perpetuação das desigualdades sociais que cabe aos serviços de saúde, frente às jovens pardas e pretas, que por falta de políticas de saúde singulares a esse público, têm comumente, menor acesso à educação, à saúde, e a condições financeiras estáveis²⁵.

Os serviços de saúde da Atenção Básica têm como dever fundamental, identificar e conhecer o público mais vulnerável de suas regiões de atuação, a fim de elaborar estratégias que foquem especificamente as necessidades da população, com a responsabilidade de diminuir as iniquidades sociais e a desigualdade racial, de maneira a contribuir para a melhoria na qualidade de vida de adolescentes e jovens e da própria população adulta futura.

Quanto à gestação na adolescência é recomendado não apenas o enfoque da prevenção contraceptiva e disponibilização de métodos, mas também o encaminhamento para pré-natal de alto risco das meninas gestantes com idade inferior a 15 anos visando concentrar a atenção na vulnerabilidade e dificuldades que essa faixa etária demanda, não apenas na gestação, mas nas questões sociais e escolares²⁵.

A gravidez na adolescência, combinada à infecção pela sífilis, mostra-se como uma condição preocupante, que também contribui para o aumento da vulnerabilidade de adolescentes gestantes e tem se mostrado uma ocorrência com grande incidência nessa população, como observado na pesquisa¹⁶. Por isso, o diagnóstico e tratamento são imprescindíveis para garantir a saúde e o bem-estar da adolescente gestante e do bebê,

necessitando ser foco da equipe de saúde, de forma que a responsabilidade sobre o tratamento não seja exclusivamente da adolescente, mas também do parceiro da gravidez e da equipe de saúde ¹⁶.

Em Francisco Morato os indicadores de sífilis na gestação na adolescência apresentam um pico de casos em 2012, atingindo a distribuição percentual de 45% em adolescentes grávidas de 15 a 19 anos de idade. Esse dado sofreu oscilações ao longo da década, situando-se em 25,6% em 2022, entretanto muito acima da distribuição percentual de sífilis na gestação entre adolescentes no estado de São Paulo, que se encontra em 18,6%¹⁵. Dessa forma, é de extrema importância e urgente conhecer e elaborar estratégias de incentivo ao uso de preservativos e outras prevenções a IST, além do uso de contraceptivos visando a redução da gravidez na adolescência, implementando a “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo” no município, de modo que se faça valer o direito ao pleno exercício da cidadania, inclusive de direito à sexualidade saudável, entre adolescentes e jovens . Ao mesmo tempo, que não se deve discriminar, oprimir ou punir esta população por suas etapas de desenvolvimento fisiológico que levam a práticas sexuais, mas sim é dever do setor Saúde, informar, educar, dar acessibilidade e garantir o uso dos instrumentos já existentes para a tomada de decisão consciente de prevenção em saúde, construindo, junto aos adolescentes, a percepção de que são sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção integral em saúde a todos cidadãos brasileiros deve estar pautada nos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde, que incluem: universalidade, igualdade e integralidade. Por isso, o desconhecimento e a violação dos direitos em saúde sexual e reprodutiva da população adolescente, perceptíveis na imposição de barreiras para a autonomia do indivíduo, para o acesso a métodos contraceptivos, e para serviços em saúde na atenção primária, são agravantes que contrariam leis que já orientam a garantia desses serviços à população adolescente e respaldam legalmente os profissionais de saúde em sua atuação.

A perpetuação desse processo de trabalho reforça as iniquidades sociais, de acesso à saúde, e desinformação, contribuindo para a perpetuação da pobreza entre a população SUS dependente, principalmente parda e preta.

Essa realidade reforça a necessidade de conhecimento e adoção de protocolos de atenção integral à saúde do adolescente, além da implementação da “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”, modificando a atenção à sexualidade de adolescentes para além das ações de pré-natal, mas encampando a prevenção reprodutiva e de IST, e, principalmente, abarcando suas realidades de desenvolvimento fisiológico, gênero, relações afetivas, entre outras necessidades que os adolescentes vierem a apresentar, inclusive em situações de abuso sexual.

Se mostra evidente, ainda, a necessidade de uma parceria efetiva entre governo federal, estadual e municipal no desenvolvimento de políticas que responsabilizem diversos setores em nossa sociedade (como serviços de saúde, escolas, serviços de assistência social, centros culturais, e espaços de convívio de adolescentes) na colaboração para a formação plena em sexualidade do público adolescente, fazendo com que possam atuar como agentes e multiplicadores de cuidados em saúde com seus pares, ao mesmo tempo em que experimentem cada etapa da vida, de forma saudável e livre.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Lei N 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, 13 de julho de 1990.
- ² Lara, LAS. Sexualidade na adolescência. *Femina*. 2019; 47(4): 194- 212.
- ³ D'angelo, LB; Hernández, JG. Sexualidade, um direito (secundário)? Atravessamentos entre sexualidade, socioeducação e punição. *Revista de Ciências Sociais*, 2017; 24(1): 78 -104.
- ⁴ Ventura, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3º ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. 292 p.
- ⁵ Silva EF. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). *Saúde Debate*. 2015; 39 (106): 893 -903.
- ⁶ Ressel LB, Junges CF, Sehnem GD, Sanfelice C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. *Escola Anna Nery*. 2011; 15(2): 245 -250
- ⁷. Ortega, C. Gravidez na adolescência: Uma questão de saúde pública. (Internet) Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/gravidez-na-adolescencia-uma-questao-de-saude-publica#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de,das%20mais%20altas%20do%20mundo>. Acesso em: 20/08/2022
- ⁸. Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. Brasília. *Epidemiologia Serv. Saúde*. 2021; 30(1)7465-7481.
- ⁹. Reis LF. Comportamento sexual de risco e fatores associados entre adolescentes brasileiros: Avaliação de efeitos secundários de uma intervenção. [Doutorado] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2021. 173p.

- ¹⁰. Rossetto MS, Schermann LB, Béria JU. Maternidade na adolescência: Indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista Temas Livres*. 2014; 19 (10): 4235 – 4246.
- ¹¹. Silva IOS, *et al*. Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021; 4(2): 6721 - 6734.
- ¹². Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2021; 26(7): 2673 – 2678.
- ¹³. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo a Passo Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade. 2011 [texto da internet] Brasília (DF): 2011 (Série C. projetos e relatórios).
- ¹⁴. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >.
- ¹⁵. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis. Indicadores de sífilis. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
- ¹⁶. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. *Revista de Saúde Pública Paraná*. 2018; 1 (1): 47-58
- ¹⁷. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [texto da internet]. Brasília (DF): 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
- ¹⁸. Brillhante AVM, Catrib AMF. Sexualidade na adolescência. *Femina*, 2011; Out: 39 (10).

- ¹⁹Couto DP. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. *Psicologia em Pesquisa: Universidade Federal de São João Del Rei*. 2017;11(1): 1 -10.
- ²⁰. Malta CD, *et al.* saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. *Revista Brasileira de epidemiologia*. 2011; 14(1): 147- 56
- ²¹ Horta HHL, Martins MF, Nonato TF, Alves MI. Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. *Revista APS*. 2017; 20(4): 623-627.
- ²². Paiva CCN, Villar ASE, Souza MD, Lemos A. Educação em saúde segundo os preceitos do movimento feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. *Escola Anna Nery*, 2015; 19 (4):685 -691
- ²³. Villela W. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da conferência internacional sobre população e desenvolvimento. In: *Saúde das mulheres. Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000; 30(5): 2345-2363
- ²⁴. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Linha de Cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o sistema único de saúde no estado de São Paulo*. São Paulo: 2021
- ²⁵. Brasil.Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília (DF): 2010 (Série A. Normas e manuais técnico

10 RESULTADOS

10.1 CARACTERIZAÇÃO DE FRANCISCO MORATO

Francisco Morato é uma cidade do estado de São Paulo e compreende uma área territorial de 49,001 km² com população estimada de 179.372 pessoas. A taxa de escolarização entre 6 e 14 anos situa-se em 95,8%, e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,703, considerado elevado³³. Entretanto, Francisco Morato aparece como a segunda cidade da grande São Paulo com maior proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família, denunciando uma alta vulnerabilidade populacional.

Existem 31.185 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos vivendo no município, o que corresponde a 17% de toda a população da cidade e 14.850 jovens com idade entre 20 e 24 anos, sendo a população entre 10 e 14 anos a mais numerosa.

10.1.1 Dados coletados a partir do Instrumento para Conhecimento da Atenção Básica (ICAB), entrevista com profissionais de saúde do Município e sistemas de informação do Ministério da saúde.

10.1.1.1 Ações em saúde sexual e reprodutiva no Município de Francisco Morato

Todas as UBSs do município afirmaram realizar ações em saúde sexual e reprodutiva, sendo que mulheres em idade reprodutiva, mulheres durante o pré-natal e mulheres no puerpério são o público-alvo mais frequente, apontado por 11 (91,67%) das 12 unidades básicas de saúde pesquisadas. Adolescentes são citadas como público-alvo das ações em saúde sexual e reprodutiva em 5 (41,67%) delas, especificamente adolescentes homens em 8 (66,67%) e adolescentes mulheres em 10 (83,33%) (Tabela 1).

Tabela 1. Público-alvo das ações em Saúde sexual e reprodutiva no município de Francisco Morato

Público- alvo das ações em saúde sexual e reprodutiva:	N -----	% -----
Adolescentes	5	41,67%
Adolescentes homens	8	66,67%

Adolescentes mulheres	10	83,33%
Mulheres durante o pré-natal	11	91,67%
Mulheres em idade reprodutiva	11	91,67%
Mulheres no puerpério	11	91,67%

Fonte: ICAB, 2022.

Quanto a elaboração de grupos e/ou atividades que compreendem a temática de saúde sexual e reprodutiva, 8 (66%) UBSs afirmaram realizá-los, sendo que 5 (41%) referiram adotar como estratégia de aplicação das ações, grupos, enquanto as outras 3 (25%) realizam ações em saúde sexual e reprodutiva de maneira individual com os(as) usuários(as).

Do total de UBSs pesquisadas, apenas 5 (41,67%) declararam ter recebido capacitação para o desenvolvimento dessas ações; apesar disso, 11 (91,67%) manifestaram a necessidade de aprimorar suas atividades em saúde sexual e reprodutiva (Tabela 2)

Tabela 2 . Capacitação para desenvolvimento de ações em saúde sexual e reprodutiva na atenção básica do município de Francisco Morato

Unidades em que os profissionais receberam capacitação para desenvolver essas atividades	N -----	% -----
Sim	5	41,67%
Relatam necessidade de aprimorar essa atividade na UBS:		
Sim	11	91,67%

Fonte: ICAB, 2022.

Em relação à utilização de materiais educativos nos grupos de planejamento sexual e reprodutivo, 11 (91,67%) afirmaram utilizá-los, sendo que 7 (58,33%) adotam materiais informativos (banners, cartazes, cartilhas) e 3 (25%) modelos concretos de órgãos reprodutivos e sexuais.

Tabela 3. Contexto organizacional do planejamento reprodutivo e sexual em Francisco Morato

Utilizam materiais educativos nos grupos de planejamento reprodutivo e sexual	N -----	% -----
Sim	11	91,67%
Materiais utilizados para a realização das atividades em grupo:		

Jogos	2	16,67%
Manuais	1	8,33%
Materiais informativos	7	58,33%
Simuladores de órgão reprodutivos e sexuais	3	25,00%

Fonte: ICAB, 2022.

10.1.1.2 Atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva para população adolescente

Do total de unidades, apenas 2 (16%) possuem sempre disponível a caderneta do adolescente.

Quanto à comunicação entre a atenção primária e as escolas municipais, todas as unidades afirmaram participar do programa saúde na escola, sendo que 11 (91,%) relataram - realizar planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização de ações. As principais demandas apresentadas pela escola à Atenção Básica quanto à saúde sexual e reprodutiva dos alunos, são: Infecções sexualmente transmissíveis 2 (16%); gravidez, relatado como demanda em uma 1 (8%), e saúde sexual 1 (8%). (tabela4)

Tabela 4. Panorama Programa saúde na escola em Francisco Morato

Unidades que participam do Programa Saúde na Escola:	N -----	% -----
Sim	12	100,00%
Realizam planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para realização das ações na escola:		
Sim	11	91,67%
Não	1	8,33%
Principais demandas que a escola apresenta em sexualidade:		
Gravidez	1	8,33%
IST	2	16,67%
Saúde Sexual	1	8,33%

Fonte: ICAB, 2022.

Através dos dados do ICAB e da entrevista com coordenadoras de saúde do município, verifica-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) está presente em Francisco

Morato, e é utilizado para abordar temas em saúde sexual e reprodutiva, como infecção sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez, entretanto segundo os gerentes de serviços, a efetividade deste programa vem sendo comprometida pela escassez de profissionais e pela fragilidade nas parcerias entre o estado e o setor saúde:

“No PSE a gente aborda temas de sexualidade que são IST e gravidez. No PSE tem o acompanhamento das escolas Municipais, mas escolas municipais é até os 10 anos de idade, depois disso é estado, e as parcerias são frágeis, não conseguimos ainda uma parceria forte que possa fazer isso acontecer, na teoria aconteceria, na prática é fragilizado” (Profissional de Saúde A)

“É que assim, aqui o RH é muito curto né, esse ano eu já fiz uma escola para uns 200 alunos” (Profissional de Saúde B)

10.1.1.3 Demandas da população adolescente na atenção primária

Acerca da procura de preservativos por adolescentes, as gerentes relatam que a "maior busca" é feita por este público em 6 (50%) UBS: sendo a "maior busca" em 2 (16%) UBS por adolescentes homens, e em 4 (33%) por adolescentes de ambos os sexos. Nas outras 3 UBS (25%) são apontadas pouca busca por este público: 2 (16%) afirmando que há pouca busca por adolescentes homens, e em 1 (8%) pouca procura por adolescentes de ambos os sexos. Além disso, em 3 unidades (25%) os gestores referiram não saber qual público adolescente demandava por preservativos no serviço.

Quanto à busca por contracepção de emergência, as adolescentes representam a minoria desta demanda pelo método no compilado de UBSs, sendo "a maioria" das que o demandam em 1 (8%) , "metade" em 1 (8%), "minoridade" em 6 (50%) e não fazem "nenhuma busca" em 4 (33%) UBSs .

Ao mesmo tempo, a busca de adolescentes por testes de gravidez é ampla e presente em todas as UBSs; representam a "maioria" da demanda por testes em 1 (8%), "metade" em 6 (50%) e "minoridade" em 5 (41%) UBSs.

Em relação à demanda espontânea por testes rápidos de HIV e sífilis há, no geral, "muita procura" por adolescentes: em 7 (58%) UBSs os gestores referiram que adolescentes mulheres compõem a maioria dessa busca, em 1(8%) a demanda é feita apenas por

adolescentes LGBT e em 3 (25%) afirmaram que há procura por adolescentes de ambos os sexos (Tabela 5)

Tabela 5. Demandas da população adolescente em saúde sexual e reprodutiva em Francisco Morato

Busca por preservativos entre os adolescentes:	N -----	% -----
muita, apenas por adolescentes homens	2	16,67%
muita, por AMBOS os sexos	4	33,33%
pouca, apenas por adolescentes homens	2	16,67%
pouca, por AMBOS os sexos	1	8,33%
Não sabem	3	25,00%
Do total de busca por contracepção de emergência, adolescentes representam:		
Maioria	1	8,33%
Metade	1	8,33%
Minoria	6	50,00%
Nenhuma	4	33,33%
Do total de busca por testes de gravidez, adolescentes representam:		
Maioria	1	8,33%
Metade	6	50,00%
Minoria	5	41,67%
Demanda espontânea por testes rápidos de HIV e sífilis feita por adolescentes, é representada por:		
Ambos os sexos	3	25,00%
Apenas por adolescentes LGBT	1	8,33%
Maioria são adolescentes homens	1	8,33%
Maioria são adolescentes mulheres	7	58,33%

Fonte: ICAB, 2022.

Em relação à busca geral dos(das) adolescentes por serviços da Atenção Básica de saúde para a prevenção sexual, as gestoras entrevistadas afirmam que há pouco interesse deste público, mas que são verificados muitos eventos de risco :

“Eles não se protegem, poucos jovens buscam auxílio e orientação sexual nas unidades de saúde. Quando procuram, as meninas procuram para fazer teste, alguns casos para tomar pílula do dia seguinte e o menino jovem procura quando está com alguma queixa, algo que está incomodando no pênis” (Profissional de saúde A)

Quanto à procura por métodos contraceptivos entre os (as) adolescentes, as gestoras entrevistadas evidenciam a falta de informação como uma fomentadora da ausência desse público nas demandas contraceptivas:

“A procura por contracepção de emergência entre adolescentes é pouca, o nível de orientação deles é muito ruim e baixo. Eles acabam comprando pois não sabem. As vezes passamos a informação para a mãe da menina e ela também desconhecia sobre” (Profissional de saúde A)

“Os adolescentes não procuram muito por preservativos, meninas e meninos, os que procuram é na faixa dos 20 á 30 anos, abaixo é pouco” (Profissional de saúde A)

10.1.2 Serviços da atenção básica oferecidos aos adolescentes

Sobre a possibilidade de atendimento autônomo de adolescentes na Atenção Básica de Francisco Morato, este só podem demandar sozinhos consultas em 8 (66%) UBSs; embora em 4 (33%) dessas UBSs isso só seja permitido quando a adolescente tem 15 ou mais anos de idade. Em outras 4 (33%) UBSs, os adolescentes não podem nunca realizar o agendamento de consultas sozinhos. Da mesma forma, há restrição para o atendimento autônomo de adolescentes em consultas, não é permitido nunca em 2 (16%), e 4 (33%) UBS há restrição etária, permitindo atendimento somente a partir dos 15 anos de idade.

No que concerne ao acesso a métodos contraceptivos, a retirada de contraceptivos hormonais por adolescentes não pode ser realizada de forma autônoma em nenhuma hipótese em 3 (25%) UBSs; em outras 5 (41%) há barreiras etárias, permitindo a retirada somente a

partir dos 15 anos. Especificamente em relação à contracepção de emergência, 3 (25%) UBSs não permitem nunca seu recebimento por adolescentes desacompanhados de seus responsáveis e 5 (41,6%) só permitem acesso ao método a partir dos 14 anos.

Quanto ao DIU, 5 (41,6) unidades referiram não permitir a inserção em adolescentes sob nenhuma hipótese e 2 (16%) afirmaram inserir apenas em adolescentes com 15 anos ou mais (Tabela 6)

Tabela 6. Serviços que adolescentes podem ter acesso autonomamente na Atenção Básica de Francisco Morato

Faixa Etária/ Possibilidade de acesso	10 ou +		12 ou +		14 ou +		15 ou +		Não podem nunca		Não Sabe	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Marcar consulta autonomamente	1	8,3	2	16,6	1	8,3	4	33,3	4	33,3	----	----
Ser atendidos em consulta	1	8,3	3	25	2	16,6	4	33,3	2	16,6	----	----
Retirar ou receber contraceptivos hormonais	-----	-----	2	16,6	2	16,6	5	41,6	3	25	----	----
Receber a contracepção de emergência	-----	-----	-----	-----	3	25	5	41,6	3	25	1	8,3
Colocar DIU	1	8,3	1	8,3	1	8,3	2	16,6	5	41,6	2	16,6

Fonte: ICAB, 2022.

O acesso a métodos hormonais apresenta não só restrição etária, como também a necessidade de apresentar prescrição médica:

“Tudo tem que pegar receita” (Profissional de saúde B)

“Às vezes há exigência de uma receita médica para pegar contraceptivos hormonais” (Profissional de saúde A)

O mesmo ocorre para a contracepção de emergência, que além de restrição etária, também fica sujeita a barreiras burocráticas e solicitação de prescrição médica, contrariando a Lei do exercício profissional do enfermeiro nº 7.498/1986 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 271/2001, a qual promulga que enfermeiros são aptos a prescrever contraceptivos hormonais orais, incluindo a contracepção de emergência.

“ Para pegar a pílula do dia seguinte, precisa de prescrição médica” (Profissional de saúde A)

Na fala dos gestores de saúde, o cenário do acesso autônomo de adolescentes aos serviços da Atenção Básica contrapõe as informações fornecidas pelos gerentes das UBSs, apontando que a decisão sobre o fornecimento de métodos contraceptivos fica a cargo de cada profissional, principalmente com relação ao DIU:

“A restrição etária depende de profissional para profissional. (...) têm médicos profissionais que não colocam DIU em mulheres que não tiveram filhos e é um direito delas. Então a violação de direitos depende do profissional, pois sabemos que acontece”. (Profissional de saúde A)

“A gente fala que há oferta de DIU, mas não acontece, não conseguimos pois sabemos que será barrada... então optamos por métodos hormonais. Nas UBSs ninguém põe DIU (....) Não temos profissionais ginecologistas, só médicos da família e enfermeiros...” (Profissional de saúde B)

“Temos três médicos aqui, mas eles sempre devolvem, falam que não é adequado” (Profissional de saúde A)

10.1.2.1 Panorama da gravidez na adolescência em Francisco Morato

Francisco Morato apresentou redução na taxa de gravidez na adolescência entre 2015 e 2020. Entretanto, a ocorrência de gestações na adolescência ainda é comum no município, principalmente entre meninas de 15 a 19 anos (Tabela 7).

Tabela 7. Nascimento por ano e faixa etária materna no município de Francisco Morato

Idade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
10 a 14 anos	10	21	24	29	18	26	19	14	13	15	16
15 a 19 anos	530	554	548	603	619	546	549	472	416	408	328
20 a 24 anos	841	792	792	803	814	835	777	816	760	749	719
Total	1.381	1.367	1.364	1.435	1.451	1.407	1.345	1.302	1.189	1.172	1.063

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Entre as adolescentes brancas, houve redução sucessiva nos índices de gravidez na adolescência a partir de 2011; enquanto, entre pardas, o mesmo só ocorreu a partir de 2017. Além disso, as meninas pardas ainda permanecem sendo o público que mais enfrenta a gravidez na adolescência no município (Tabela 8).

Tabela 8. Número de casos de gravidez na adolescência no município de Francisco Morato segundo faixa etária, raça/cor e ano de nascimento entre 2010 e 2020

Raça/Cor	Branca			Preta			Parda			Indígena			Amarela		
Faixa Etária	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total	10-14	15-19	Total
Ano															
2010	5	257	262	----	4	4	5	266	271	----	----	----	----	----	----
2011	4	271	275	----	5	5	16	375	391	1	----	1	----	----	----
2012	----	166	166	1	20	21	22	355	377	----	----	----	----	----	----
2013	4	156	160	1	19	20	23	420	443	----	----	----	----	----	----

2014	2	153	155	----	15	15	16	446	462	----	----	----	----	----	----
2015	3	113	116	1	9	10	22	416	438	----	1	1	----	1	1
2016	2	53	55	1	8	9	16	486	502	----	----	----	----	----	----
2017	----	62	62	----	8	8	14	400	414	----	----	----	----	----	----
2018	1	41	42	----	10	10	12	363	375	----	----	----	----	2	2
2019	3	33	36	----	9	9	12	365	377	----	----	----	----	----	----
2020	1	21	22	----	11	11	15	296	311	----	----	----	----	----	----

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Atualmente, segundo dados do ICAB levantados junto às gerências de UBSs, do total de gestantes em Francisco Morato, as adolescentes representam “minoria” na maioria, em 11 (91%) das UBSs pesquisadas. Porém a gestação na adolescência é apontada como presente em todas as UBSs (Tabela 9)

Quanto à assistência à gestação, todas as unidades referiram o médico(a) da família e o enfermeiro(a) como responsáveis pelo atendimento de pré-natal. Das 12 unidades pesquisadas, 11 (91%) realizam estratificação de risco da gestante, e há tratamento diferenciado para gestantes adolescentes em 8 (66%): em 2 (16%) realizando encaminhamento de todas elas para o alto risco e em 6 (50%) encaminhando para alto risco apenas aquelas entre 14 e 16 anos.

Todas as UBSs pesquisadas referiram que há referências e fluxos definidos para parto e urgência obstétrica. Em relação ao atendimento às intercorrências ou urgências de gestantes de alto risco, metade, 6 (50%) afirmaram referenciar tais fluxos (Tabela 9).

A maioria das UBSs, 9 (75%), não fornece vale-transporte ou sanitário para gestantes comparecerem às consultas ou exames. E, quanto ao pré-natal do parceiro, somente uma minoria de 5 (41%) unidades o realiza.

Tabela 9. Representatividade das adolescentes no total de gestantes em Francisco Morato

Do total de gestantes, adolescentes representam:	N -----	% -----
Metade	1	8,33%
Minoria	11	91,67%

Fonte: ICAB, 2022

Tabela 10. Assistência pré-natal oferecida a adolescente

Profissional responsável por atender consulta pré-natal:	N -----	% -----
Enfermeira(o)	12	100,00%
Ginecologista	1	8,33%
Médico(a) da família	12	100,00%
Realizam estratificação de risco da gestante:		
Sim	11	91,67%
Não	1	8,33%
Realizam procedimentos diferentes na assistência em saúde dada ao adolescente para:		
Gestantes com idade entre 14 e 16 anos encaminhadas para pré-natal de alto risco	6	50,00%
Todas as adolescentes gestantes são encaminhadas para pré-natal de alto risco	2	16,67%
Somente abordagem e vocabulário é adotado como procedimento diferente	1	8,33%
Apenas para adolescentes que possuem comorbidade	1	8,33%
Não há procedimentos diferentes	2	16,67%
Possuem registro com o número de gestantes de alto risco no território:		
Sim	9	75,00%
Não	3	25,00%
Fazem atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco:		
Sim	6	50,00%
Não	6	50,00%
Fornecem transporte para a gestante: (sanitário ou vale transporte)		
Não	9	75,00%
Realizam pré-natal do homem:		
Sim	5	41,67%

Fonte: ICAB, 2022.

Em contraste com dados dos sistemas de informações do SUS, a profissional de saúde relata um aumento nos casos de gravidez no município nos anos anteriores à pesquisa:

“Olha, foi me passado um número, que aumentou de 2019 a 2020, houve uma diferença de quase 20% a mais”. (Profissional de saúde A)

Quanto ao perfil das adolescentes do município que engravidam, há percepção sobre diferenças raciais desta ocorrência:

“ A gravidez na adolescência entre as meninas de 14 e 15 anos têm aumentado bastante, não temos dados sobre a raça delas”. (Profissional de saúde B)

Em relação ao fluxo de assistência à gestação dada a adolescentes, salientaram:

“Primeiro é feito a identificação do pré-natal, e encaminhada ao alto risco, as meninas até 15 anos são encaminhadas, e acima de 15 anos são atendidas nas unidades normalmente, a menos que tenha alguma outra questão de saúde, por exemplo, se faz a utilização de alguma substância ou entorpecente, acaba indo para o alto risco” (Profissional de saúde A)

10.1.2.2 Sífilis e gestação na adolescência em Francisco Morato

A desinformação e as barreiras impostas para acessar métodos contraceptivos, incluindo preservativos, também têm papel importante na infecção de adolescentes por IST. Dados do Ministério da Saúde apontam o percentual dos casos de infecção por sífilis em Francisco Morato, apontando ter havido certa redução da infecção entre mulheres de 15 a 19 anos, que passou de 40% dos casos da doença em 2013, para 25% em 2015 (embora este indicador ainda seja considerado alto). Em 2017, os números voltam a subir, chegando a 25,6% em junho de 2022 (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico em Francisco Morato, 2005-2022.

Faixa Etária	Total	2005 - 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
10 a 14 anos	0,9	-	-	10	-	-	2,1	-	-	2,5	0,9	0,7	-
15 a 19 anos	29,4	27,3	45,5	40	33,3	25	25	34,7	27,8	35,8	29,8	25,2	25,6

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados até 30/06/2022.

O perfil dessas gestantes é, conforme as gestoras e apoiadoras entrevistadas, o de meninas entre 15 e 29 anos de idade, com perfil socioeconômico baixo e que se tornam “mães solo”, ou seja, não ficam com parceiros.

“Temos todos os tipos de perfis, porém atualmente temos mais jovens, de 15 a 29 anos, de baixa renda. Aqui a cidade é bem vulnerável, vemos muitos casos no tratamento dos parceiros, onde as mulheres não têm mais contato com os parceiros, ou o parceiro está preso...temos muitos casos assim. A maioria se infecta através de um parceiro fixo, mas no momento da gestação não tem parceiro fixo”
(Profissional de saúde C)

“A UBS que atende, eu faço o monitoramento e às vezes realizo alguma intervenção quando necessário, como por exemplo, adolescentes que não querem fazer o tratamento e a atenção básica não consegue convencê-las, aí fazemos alguns trabalhos em parcerias, vamos na residência, mostramos os impactos e o que pode acontecer com o bebê, mas no geral é a atenção básica que faz o tratamento”
(Profissional de saúde C)

Segundo dados coletados através do ICAB com gerentes das UBSs, todas as unidades de saúde do município fazem e recebem o exame de sífilis (VDRL) das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias.

A gravidez na adolescência combinada com a infecção pela sífilis é uma condição preocupante, visto que contribui para o aumento da vulnerabilidade de meninas jovens²⁰. A sífilis, quando não tratada, pode provocar diversas intercorrências, como: erupções na pele, alteração no sistema cardiovascular e no sistema nervoso. Na gestação, a ausência do tratamento traz consequências para o feto, que incluem: má formação fetal, aborto e natimortalidade²¹. Sendo assim, o tratamento da sífilis mesmo durante o pré-natal é imprescindível para garantir a saúde e o bem-estar da adolescente gestante e do bebê, e deve ser partilhado entre a equipe de saúde, a usuária do serviço e parceiro(a), de forma que a responsabilidade sobre o tratamento não seja exclusivamente da adolescente²⁰.

11 DISCUSSÃO

A sexualidade atua como um “dispositivo histórico” que se constitui, historicamente e culturalmente a partir de muitos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que normatizam, que instauram saberes e que produzem “verdades”²². Dessa forma, diante de uma sociedade com histórico patriarcal e com características de religiões que tratam a sexualidade como tabu, a reprovação à prática sexual sem fins reprodutivos, principalmente para mulheres e adolescentes, a imposição sobre o “momento correto” para o início da vida sexual e, ainda, a condenação a comportamentos sexuais que fogem dos padrões heteronormativos são ideais que estão presentes em diversas instituições de saúde e educação e têm papel importante na produção de iniquidades no acesso à saúde, à educação, aos métodos contraceptivos e de prevenção às IST, somando-se a outros aspectos que promovem vulnerabilidade, como a desigualdade social²².

Para além disso, a sexualidade é uma manifestação fisiológica que tem início, entre os seres humanos, na primeira infância, passando por diversas fases, até atingir-se como organização sexual completa no período da puberdade, consolidando-se na vida sexual adulta²³. Por isso, negar ou anular o desenvolvimento deste evento comum à maioria dos sujeitos, não impede o seu acontecimento, mas produz padrões de cuidado alinhados à repressão da sexualidade, ao desconhecimento das necessidades do público adolescente, à ausência de informações, ao medo, à culpa e à angústia. Ou seja, ao mesmo tempo em que adolescentes sentem fluir seus desejos sexuais, esses são reprimidos por diversas instituições²².

Por este motivo, as ações em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e que lidem com a sua realidade fisiológica possuem papel primordial na transmissão de informações de qualidade, no suporte e no apoio a este desenvolvimento, e fundamentais, ainda, para a promoção de vínculo de confiança entre este público e os profissionais de saúde²⁴.

No presente estudo, foi identificado que, em Francisco Morato, há ações em saúde sexual e reprodutiva, sendo as mulheres o público-alvo majoritário desses eventos, o que favorece a cultura de responsabilização única da mulher sobre a contracepção do casal. A inclusão dos homens nos grupos e ações que abordem a saúde sexual e reprodutiva e planejamento reprodutivo não é quase realizada e teria potencial de contribuir para que a responsabilidade pela contracepção fosse partilhada²⁵.

Ao mesmo tempo, observa-se que as ações em saúde sexual e reprodutiva disponibilizadas aos adolescentes não contemplam todas as UBSs da cidade, embora haja

serviços com ações voltadas aos adolescentes, principalmente mulheres. Por isso, a capacitação profissional para que desenvolvam estratégias educacionais para todos os adolescentes durante as ações em saúde sexual e reprodutiva são peça fundamental para que a transmissão de informação, de forma nítida e integrada, chegue ao acesso e às necessidades desses sujeitos. Através de uma revisão Integrativa que buscou desenvolver estratégias inovadoras para a promoção da saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes, foi observado que grande parte das atividades educativas sobre a temática estão reduzidas à transmissão de informação sobre contracepção e IST, não contemplando temas referentes à sexualidade, e questões de gênero, entre outras, ignorando a realidade e as necessidades dos adolescentes ²⁶.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983, trouxe um novo olhar para a saúde reprodutiva e sexual, referindo a “saúde reprodutiva” como um direito de qualquer cidadão e não como um dever; ao mesmo tempo em que a saúde sexual passa a ser entendida como a garantia ao exercício livre da sexualidade, elemento fundamental para autonomia do sujeito²⁷. Os dois conceitos devem ser considerados na elaboração de atividades da Atenção Básica na assistência à população, inclusive adolescente, a fim de promover um cuidado integral e efetivo que atenda as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Ações e parcerias intersetoriais nos espaços de convívio de adolescentes, como Unidade Básica de Saúde e escola, apresentam-se como estratégias para promoção de saúde de forma integral. Pensando nisso, em 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), através do Decreto Presidencial nº6.286 emitido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de construir políticas intersetoriais para a melhoria na qualidade de vida da população brasileira, enfatizando crianças e adolescentes⁷. Entretanto, o presente estudo mostra que a parceria entre a saúde e a educação apresenta fragilidades quando se evidencia a ausência de planejamento, recursos humanos, monitoramento e avaliação que dificultam e tornam o PSE pouco eficiente.

Esse e outros fatores, como a ausência de informação dos profissionais de saúde sobre a importância da garantia de oferta autônoma e sigilo profissional no cuidado de adolescentes, somada à moralidade presente na nossa sociedade com relação ao tema da sexualidade, acabam por afastar os adolescentes dos serviços de saúde²⁴, tornando a presença deste público escassa. O estudo realizado identifica essa baixa demanda adolescente na busca das UBS, na demanda por métodos contraceptivos, mostrando a vulnerabilidade com relação a gravidez indesejada e IST a que estão suscetíveis, que se comprovam nos índices de gestação. Ao mesmo tempo, expõe a demanda de adolescentes por teste de gravidez nas UBSs, sem que

haja uma ação prática de maior fornecimento de oferta de prevenção para este público. Isso resulta nos indicadores de gravidez observados.

Existem ainda as barreiras de acesso que desestimulam e impedem a presença dos adolescentes nos serviços de saúde, pois atuam como filtros, selecionando usuários que podem ou não acessar seus direitos básicos. Isso está retratado nas restrições feitas a este público, inclusive à restrição etária não fundamentadas (como a necessidade de ter 15 ou mais anos) para atender suas demandas, seja para o agendamento de consultas, o atendimento autônomo, individual e com sigilo, assim como o acesso aos contraceptivos, hormonais, a contracepção de emergência, ou a inserção de DIU.

Essas restrições derivam de ideais e, concepção de sexualidade dos profissionais de saúde quanto ao exercício da prática sexual por adolescentes e atuam como fatores importantes nas decisões de permitir ou não o acesso do adolescente ao direito fundamental de prevenção e cuidado à saúde sexual e reprodutiva, demonstrando o desconhecimento das recomendações federais e estaduais quanto à obrigatoriedade de atenção a essas práticas.

As orientações e diretrizes do Sistema Único de Saúde previstas constitucionalmente e na “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”²⁸, preveem a garantia de acesso à saúde, o atendimento às necessidades baseado na universalidade, integralidade e equidade, além de autonomia e garantia de sigilo para todos os adolescentes. Por isso, negar ou impedir o acesso de um adolescente a um direito humano promove vulnerabilidade e desigualdade social que, no caso da saúde sexual e reprodutiva, se reverte nos dados observados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde sobre a grande quantidade de adolescentes grávidas observadas em Francisco Morato e na maioria dos municípios brasileiros⁵, e que revelam a falta de ações de saúde pública eficazes quanto à contracepção, principalmente prejudicando meninas pardas.

Este fator denuncia o acúmulo de vulnerabilidades e o papel na perpetuação das desigualdades sociais que cabe aos serviços de saúde, frente às jovens pardas e pretas, que por falta de políticas de saúde singulares a esse público, têm comumente, menor acesso à educação, à saúde, e a condições financeiras estáveis²⁹.

Os serviços de saúde da Atenção Básica têm como dever fundamental, identificar e conhecer o público mais vulnerável de suas regiões de atuação, a fim de elaborar estratégias que foquem especificamente as necessidades da população, com a responsabilidade de diminuir as iniquidades sociais e a desigualdade racial, de maneira a contribuir para a melhoria na qualidade de vida de adolescentes e jovens e da própria população adulta futura.

Quanto a gestação na adolescência é recomendada, pelos órgãos nacionais de saúde, não apenas o enfoque da prevenção contraceptiva e disponibilização de métodos, mas também o encaminhamento para pré-natal de alto risco das meninas gestantes com idade inferior a 15 anos visando concentrar a atenção na vulnerabilidade e dificuldades que essa faixa etária demanda, não apenas na gestação, mas nas questões sociais e escolares³⁰.

Também a realização do pré-natal do parceiro deve ser realizada para todas as gestantes adolescentes, mesmo que este parceiro não resida com a gestante, visto que o rapaz deve ser incluído no cuidado e atenção ao bebê desde a gestação, promovendo o aumento do vínculo e diminuição da depressão puerperal³¹, além de servir como um grande impulsionador para a detecção e tratamento de IST, como a sífilis, prevenindo, consequentemente, a sífilis congênita³¹.

A gravidez na adolescência, combinada à infecção pela sífilis, mostra-se como uma condição preocupante, que também contribui para o aumento da vulnerabilidade de adolescentes gestantes²⁰, e tem se mostrado uma ocorrência com grande incidência nessa população, como observado na pesquisa³². Por isso, o diagnóstico e tratamento são imprescindíveis para garantir a saúde e o bem-estar da adolescente gestante e do bebê, necessitando ser foco da equipe de saúde, de forma que a responsabilidade sobre o tratamento não seja exclusivamente da adolescente²⁰.

Em Francisco Morato os indicadores de sífilis na gestação na adolescência demonstraram um pico de casos em 2012, atingindo a distribuição percentual de 45% em adolescentes grávidas de 15 a 19 anos de idade. Esse dado sofreu oscilações ao longo da década, situando-se em 25,6% em 2022, muito acima da distribuição percentual de sífilis na gestação entre adolescentes no estado de São Paulo, que se encontra em 18,6%³². Dessa forma, é de extrema importância e urgente conhecer e elaborar estratégias de incentivo ao uso de preservativos e outras prevenções a IST, além do uso de contraceptivos visando a redução da gravidez na adolescência, implementando a “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo” no município, de modo que se faça valer o direito ao pleno exercício da cidadania, inclusive de direito à sexualidade saudável, entre adolescentes e jovens²⁸. Ao mesmo tempo, que não se deve discriminar, oprimir ou punir esta população por suas etapas de desenvolvimento fisiológico que levam a práticas sexuais, mas sim é dever do setor Saúde, informar, educar, dar acessibilidade e garantir o uso dos instrumentos já existentes para a tomada de decisão consciente de prevenção em saúde, construindo, junto aos adolescentes, a percepção de que são sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos²⁸.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade na adolescência é uma ocorrência comum, presente e singular, embora seja considerada moralmente por nossa sociedade, o que impede a eficácia de políticas públicas específicas para essa população, quanto ao direito à saúde sexual e reprodutiva nessa fase da vida.

Adolescentes munidos de informações, autonomia, garantia de atenção em situação de confidencialidade, além do apoio familiar e de outras instituições como a escola, podem reverter os índices de IST e gravidez não planejada observados atualmente. A ausência de amparo da atenção básica em saúde no que diz respeito a sexualidade da população adolescente, produz jovens expostos a vulnerabilidades e ocorrências de saúde que afetam sua realidade, piorando as desigualdades sociais, inclusive afetando toda a sua estrutura socioeconômica e familiar na vida adulta.

Sendo assim, a escassa adoção de políticas públicas para o atendimento à saúde sexual e reprodutiva da população adolescente está identificada quando não há conhecimento e cumprimento dos direitos em saúde desse público, além da imposição de barreiras para a autonomia do indivíduo, para o acesso a métodos contraceptivos e serviços em saúde na atenção primária, agravantes que contrariam leis que já orientam a garantia desses direitos. Dessa forma, reforça-se as iniquidades sociais, de acesso à saúde, e desinformação, contribuindo para a perpetuação da pobreza entre a população SUS dependente, principalmente parda e preta.

Diante do exposto, é de extrema importância que os profissionais de saúde e gestores de serviços públicos de saúde entendam o processo de desenvolvimento em cada fase da vida, encarando adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, a partir de suas singularidades, contextos sociais e necessidades, visando fornecer um cuidado universal, integral e com equidade, como orientam os princípios e diretrizes do SUS, de maneira a desenvolver estratégias de cuidado para o público mais vulnerável e transformar-se em uma ferramenta para diminuição das desigualdades sociais.

Essa realidade reforça a necessidade de conhecimento e adoção de protocolos de atenção integral à saúde do adolescente, além da implementação da “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e na Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”, modificando a atenção à sexualidade de adolescentes para além das ações de pré-natal, mas encampando a prevenção reprodutiva e de IST, mas, principalmente abarcando suas realidades de desenvolvimento fisiológico, gênero, relações afetivas, entre outras

necessidades que os adolescentes vierem a apresentar, inclusive em situações de abuso sexual.

Se mostra evidente, ainda, a necessidade de uma parceria efetiva entre governo federal, estadual e municipal no desenvolvimento de políticas que responsabilizem diversos setores em nossa sociedade (como serviços de saúde, escolas, serviços de assistência social, centros culturais, e espaços de convívio de adolescentes) na colaboração para a formação plena em sexualidade do público adolescente, fazendo com que possam atuar como agentes e multiplicadores de cuidados em saúde com seus pares, ao mesmo tempo em que experimentem cada etapa da vida, de forma saudável e livre.

13 REFERÊNCIAS

- ¹ Grossman, E. A Construção do conceito de adolescência no ocidente. Rio de Janeiro: Adolescência e Saúde, 2010; 7(3): 225-230.
- ² D'angelo, LB; Hernández, JG. Sexualidade, um direito (secundário)? Atravessamentos entre sexualidade, socioeducação e punição. Revista de Ciências Sociais, 2017; 24(1): 78 -104.
- ³ Brasil. Lei N 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, 13 de julho de 1990.
- ⁴ Lara, LAS. Sexualidade na adolescência. Femina. 2019; 47(4): 194- 212.
- ⁵ Ventura, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 3º ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. 292 p.
- ⁶ Silva EF. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). Saúde Debate. 2015; 39 (106): 893 -903.
- ⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Passo a Passo Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersetorialidade. 2011 [texto da internet] Brasília (DF): 2011 (Série C. projetos e relatórios).
- ⁸ Ressel LB, Junges CF, Sehnem GD, Sanfelice C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. Escola Anna Nery. 2011; 15(2): 245 -250
- ⁹ Ortega, C. Gravidez na adolescência: Uma questão de saúde pública. (Internet) Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/gravidez-na-adolescencia-uma-questao-de-saude-publica#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de,das%20mais%20altas%20do%20mundo>. Acesso em: 20/08/2022
- ¹⁰ Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo

ecológico de agregados espaciais. Brasília. Epidemiologia Serv. Saúde. 2021; 30(1)7465-7481.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >.

¹² Rossetto MS, Schermann LB, Béria JU. Maternidade na adolescência: Indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. Revista Temas Livres. 2014; 19 (10): 4235 – 4246.

¹³ Silva IOS, *et al.* Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: Uma revisão sistemática. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(2): 6721 - 6734.

¹⁴ Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: Um olhar sobre um fenômeno complexo. Revisão crítica da literatura. 2010; 20(45): 123-131

¹⁵. Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2021; 26(7): 2673 – 2678.

¹⁶ Santana NCS, Chaves PA, Silva LO, Vaz RO, Araújo HVS, Lago VCLP. Contracepção reversível de longo prazo: benefícios e barreiras. Revista eletrônica Acervo Enfermagem. 2021; Vol 12.

¹⁷ Lyra J, *et al.* “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete” Adolescentes: De sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. Cad. Cedes Campinas. 2002 Ago; 22 (57): 9 -21.

¹⁸ Martins AC. Gravidez na adolescência: entre fatos e estereótipos. 23º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. 161 p.

- ¹⁹ Alves CC, Santos DD, Souza RR, Lima LR. IST's na adolescência. Centro Universitário Catolico e Quixadá. 2017; 3 (1). 200-215.
- ²⁰. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. Revista de Saúde Pública Paraná. 2018 Jul: 1 (1): 47-58.
- ²¹. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [texto da internet]. Brasília (DF): 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
- ²². Brilhante AVM, Catrib AMF. Sexualidade na adolescência. Femina, 2011; Out: 39 (10).
- ²³. Couto DP. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. Psicologia em Pesquisa: Universidade Federal de São João Del Rei. 2017; jan/jun: 11(1): 1 -10.
- ²⁴. Malta CD, *et al.* saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. Revista Brasileira de epidemiologia. 2011; 14(1): 147- 56
- ²⁵ Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção no Brasil. Revista Brasileira Saúde Materna. 2006; 6(1): 135-140.
- ²⁶. Paiva CCN, Villar ASE, Souza MD, Lemos A. Educação em saúde segundo os preceitos do movimento feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. Escola Anna Nery, 2015; Mai/Out: 19 (4):685 -69
- ²⁷. Villela W. Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da conferência internacional sobre população e desenvolvimento. In: Saúde das mulheres. Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000; 30(5): 2345-2363

²⁸. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de Cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o sistema único de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: 2021

²⁹ Melo TAS, Gomes AT, Gomes LFA, Herculano DP, Morceli G, Januário G. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico de adolescentes grávidas no período de 2015 até 2019. Revista de enfermagem da UFSM. 2022 out/nov; 12(48): 1-13.

³⁰. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): 2010 (Série A. Normas e manuais técnicos)

³¹ Horta HHL, Martins MF, Nonato TF, Alves MI. Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. Revista APS, 2017 out/dez: 20(4): 623-627

³² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis. Indicadores de sífilis. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

³³. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Cidades.2010. São Paulo: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama>

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A ATENÇÃO BÁSICA

1. Sobre a População Adolescente e Jovem Do Município:

1. Como é o perfil de comportamento sexual geral da população adolescente e jovem?
 2. Existem espaços ou locais de concentração adolescente e jovem e paquera? Quais?
 3. Os adolescentes procuram as UBSs? O que demandem mais?
-

2. Sobre Gravidez Na Adolescência No Município

1. Há muita busca por testes de gravidez?
 2. Como está a gravidez na adolescência no município?
 3. Qual o perfil das gestantes adolescentes? (escolaridade, faixa etária, raça/cor, nível socioeconômico, parcerias, etc.)
 4. Como é o fluxo de encaminhamento das gestantes adolescentes?
-

3. Sobre a Atenção Ginecológica?

1. Há oferta de métodos contraceptivos para adolescentes? Quais os mais procurados/utilizados?
2. Quais as exigências para a oferta de contraceptivos para as adolescentes?

3. Há oferta de DIU? Em que serviços? Como está a procura e adesão?
 4. Há oferta de Implantes? Em que serviços? Como está a procura e adesão?
 5. E a oferta da contracepção de emergência? É feita para adolescentes? em que situações? Como está a procura?
 6. E preservativos? Como está a busca por adolescentes? Ambos os sexos?
 7. As adolescentes fazem papanicolaou? Em que situação?
 8. Há um trabalho específico de prevenção de gravidez e IST com a população adolescente e jovem do município?
 9. Há um serviço específico de atenção à saúde da mulher no município? Que casos são encaminhados para lá? Isso também é feito nos casos que envolvem adolescentes?
-

4. Sobre a SÍFILIS

1. Há monitoramento de casos de sífilis no Município? Em qual setor?
2. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor
3. Como é o fluxo da atenção na UBS?

4. E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento? (Perguntar sobre jovem adolescente)
-

5. Sobre a Hepatite B

1. Há monitoramento de casos de hepatites no Município?
 2. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor
 3. Como está a vacinação por hepatite B no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens? De que perfil?
-

6. Sobre o HPV

1. Há monitoramento de casos de HPV no Município?
2. Todos os casos vêm para cá, inclusive os da UBS?
3. Qual o perfil de casos? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor

4. E o tratamento? Como é feito? (Perguntar sobre jovem adolescente)
 5. Como está a vacinação por HPV no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens?
-

7. Sobre o HIV

1. Tem casos de HIV detectados na UBS?
 2. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica?
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor
 3. Existem adolescentes infectados? De que perfil?
 4. A UBS acompanha o tratamento feito no CRT? Como?
 5. Têm busca da PEP – Profilaxia pós-exposição na UBS? Quem procura?
 6. Têm busca da PrEP – Profilaxia Pré-exposição na UBS? Quem procura?
-

8. Sobre as buscas por testes rápido

1. Quais são os perfis:
 - (a) por sexo

- (b) gênero
- (c) via de infecção
- (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
- (e) faixa etária
- (f) raça/cor

2. Adolescentes costumam buscar os testes rápidos? Que perfil de pessoas?
-

9. Sobre outras ISTs

1. Tem alguma outra IST que vocês observam relevante no Município?
 2. Qual o perfil desses casos infectados? Caracterização mais típica (Perguntar sobre jovem adolescente)
-

10. Com relação à população GAY E BISSEXUAL MASCULINA adolescente e jovem

1. A população gay procura a UBS?
 2. Possuem alguma demanda específica?
 3. Há alguma ação específica com a população gay? Qual (is)?
 4. Existem pontos de prostituição gay no município? Quais?
-

11. Com relação à população TRAVESTI e TRANSEXUAL FEMININA

1. A população trans procura as UBS?
 2. Possuem alguma demanda específica?
 3. Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização trans no município?
 4. Há ações específicas com a população TRANS do município, qual(is)?
 5. Vocês conhecem o Instituto Nice?
 6. Existem pontos de prostituição TRAVESTIS no município? Quais?
-

12. Sobre adolescentes em situação de rua

1. Existem adolescentes e jovens em situação de rua no município? Qual o perfil desses adolescentes e jovens?
2. Existe população TRANS em situação de rua no município? Qual o perfil dessas trans?

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENAÇÃO IST/HIV/COAS

1. **Quais são os serviços de ISTs no Município?**
-

2. Sobre a SÍFILIS:

Casos em UBS

1. Os casos de sífilis do município são monitorados? Em que setor?
2. Qual o perfil de infectados nas UBS? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor?
3. Como é o fluxo de atenção na UBS?
4. E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

Casos no CRT

5. Os casos de sífilis do município são monitorados? Em que setor?
 6. Qual o perfil de infectados no CRT? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor?
 7. E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?
-

3. Sobre a Hepatite B

1. Há monitoramento de casos de hepatites no Município? Por que setor?
 2. Todos os casos vêm para cá, inclusive os das UBS?
 3. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor?
 4. Como está a vacinação por hepatite B no município?
 5. Como está a vacinação por hepatite B no CRT? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens?
-

4. Sobre o HPV

1. Como estão os casos de HPV no município?
2. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor?

3. E os casos de HPV retal, como está?
 4. Como está a vacinação por HPV no município?
 5. Há procura da vacina de HPV no CRT? (E por adolescentes ou jovens?)
 6. Como está a vacinação de HPV entre pessoas vivendo com HIV?
-

5. **Sobre o HIV**

1. Como estão os índices de HIV no município?
2. Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica:
 - (a) por sexo
 - (b) gênero
 - (c) via de infecção
 - (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
 - (e) faixa etária
 - (f) raça/cor?
3. Existem adolescentes com HIV? Que perfil?
4. Existe população de rua com HIV?
5. Como é o fluxo de atenção na UBS/CTA? Tem casos vindos de UBS?
6. E a adesão aos antirretrovirais? Quais principais problemas e dificuldades? Tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

7. Como está a mortalidade por AIDS no município? Tem algum perfil pessoal predominante?

8. Como está a busca por testes rápidos? Qual o perfil de pessoas que procuram esses exames?

- (a) por sexo
- (b) gênero
- (c) via de infecção
- (d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
- (e) faixa etária
- (f) raça/cor?

9. Há busca de testes rápidos por adolescentes? De que perfil? Há restrição em realizar testes com este público?

10. Como está a busca da PEP – Profilaxia pós-exposição ao HIV?

- a. Qual perfil pessoal de quem procura?
- b) Quais são as situações de risco mais recorrentes?
- c) Há problemas com relação à divulgação ou uso da PEP?
- d) Existe busca de PEP por adolescentes? De que perfil? A oferta tem alguma restrição?

11. Como está o uso da PrEP – Profilaxia Pré-exposição ao HIV?

- a) Quantidade de usuários atuais da PrEP?
 - b) Perfil pessoal de quem procura a PrEP?
 - c) Situações que motivam procura da PrEP?
 - d) Há problemas com relação à divulgação ou uso da PrEP?
 - d) Existe procura ou uso de PrEP por adolescentes? De que perfil? A oferta tem alguma restrição?
-

6. Sobre outras ISTs

1. Tem alguma outra IST que vocês observam relevante no Município?

2. Qual perfil desses casos?

7. Com relação à população GAY E BISSEXUAL MASCULINA adolescente e jovem:

1. Esta população procura o serviço?
 2. Quais os pontos de encontro e concentração para socialização deste público no município?
 3. Existem pontos de prostituição deste publico no município? Quais?
 4. Há algum trabalho específico para a população gay do município, qual (is)?
 5. Quais as demandas mais recorrentes desta população no serviço?
-

8. Com relação à população TRAVESTI e TRANSEXUAL FEMININA:

1. Qual o perfil típico das mulheres trans do município?
 - a. quanto cor, origem, renda;
 - b. e no comportamento sexual.
2. Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização trans no município?
3. Existem pontos de prostituição travesti no município? Quais?

4. Há trans em situação de rua no município?
5. Há um trabalho específico sobre IST com a população TRANS, qual(is)?
6. Quais as demandas mais recorrentes desta população no serviço?
7. Há atenção a essa população nas UBS?
8. Existe um trabalho multiprofissional sendo realizado com a população trans que frequenta o serviço?
9. Os serviços de saúde adotam o nome social? Quais serviços?
10. Vocês conhecem o Instituto Nice? O que sabem sobre lá?