SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

ANA CAROLINE BARBOSA VERGUEIRO

ACESSO DE ADOLESCENTES À SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO

SÃO PAULO
2023

ANA CAROLINE BARBOSA VERGUEIRO

ACESSO DE ADOLESCENTES À SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO

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

Orientadora: Regina Maria Mac Dowell De Figueiredo

SÃO PAULO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Vergueiro, Ana Caroline Barbosa
Acesso de adolescentes à saúde sexual na Atenção Primária no município de Francisco Morato / Ana Caroline Barbosa Vergueiro -– São Paulo, 2023.
28 f.?

Orientador (a): Profª Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

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

1. Políticas de saúde 2. Saúde pública 3. Saúde do adolescente 4. Sexualidade 5. Infecções sexualmente transmissíveis. Figueiredo, Regina Maria Mac Dowell de

CDD: 614

AGRADECIMENTOS

Eu, como filha de uma adolescente, agradeço à minha mãe Elizabete por ser um pilar e exemplo mesmo com tantas barreiras.

Às minhas avós e madrinha por terem sido a rede de apoio que possibilitou que escrevesse minha história.

À Poliana L Freitas e Tatiane V M Oliveira, obstetriz e gerontóloga, parceiras orientandas que estiveram ao meu lado nos momentos intensos e de lazer. Obrigada pelas risadas, suporte, apoio, e tantas outras trocas.

À Luiza S Ferreira, obstetriz sanitarista e amiga, que me apoiou e orientou do primeiro ao último dia.

À Regina M M D Figueiredo, minha orientadora, que permitiu que mergulhasse dentro de uma temática que me é cara e presente, e de uma forma tão apaixonante e inspiradora. Obrigada pelos ensinamentos, paciência e dedicação.

Ao município de Francisco Morato que permitiu a parceria e aos seus colaboradores que nos receberam, tornando o estudo possível.

Por fim, ao Instituto de Saúde - IS, pesquisadores e demais funcionários, que fizeram parte das conquistas e aprendizados na realização deste trabalho.

"Amor é cristão, sexo é pagão"

Rita Lee

Caroline Barbosa Vergueiro, Ana. **Acesso de Adolescentes à Saúde Sexual na Atenção Primária no Município de Francisco Morato** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

RESUMO

Introdução: A sexualidade no Brasil é garantida em políticas públicas de saúde desde a década de 1980. Mesmo com a ampliação gradual dos direitos à saúde sexual, abordar a temática na adolescência dentro da assistência à saúde ainda é um tabu. **Objetivo:** O estudo visa descrever e analisar a situação de atenção e ocorrências em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens do município de Francisco Morato. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa aplicado no segundo semestre de 2021. A coleta de dados foi realizada através do instrumento de conhecimento da atenção básica nas unidades de saúde, com entrevistas profissionais da Atenção Básica, de IST/Aids e Núcleo de Atenção à População LGBTQIA+, além de ser feita a análise de indicadores disponíveis no DATASUS/Ministério da Saúde. **Resultados:** O município apresenta obstáculos de acesso à adolescentes à atenção primária impondo restrições etárias, com a cobrança de presença de responsáveis para oferta de serviços. **Conclusão:** O desconhecimento da legislação de atenção aos adolescentes quanto à possibilidade de realização de ações de saúde de forma autônoma e sigilosa e a falta de padronização na oferta da atenção em saúde impactam negativamente na saúde sexual de adolescentes.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Saúde Pública, Saúde do Adolescente, Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality in Brazil has been guaranteed in public health policies since the 1980s. Even with the gradual expansion of sexual health rights, addressing the topic in adolescence within health care is still a taboo. **Objective:** The study aims to describe and analyze the situation of attention and occurrences in sexual and reproductive health of adolescents and young people in the municipality of Francisco Morato. **Methodology:** This is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach applied in the second half of 2021. Data collection was carried out through the instrument of knowledge of primary care in health units, with interviews with professionals from Primary Care, STI/AIDS and Center for Attention to the LGBTQIA+ Population, in addition to analyzing indicators available at DATASUS/Ministry of Health. **Results:** The municipality presents obstacles to accessing primary care for adolescents, imposing age restrictions, with the demand for the presence of guardians to provide services. **Conclusion:** Ignorance of the legislation on care for adolescents regarding the possibility of carrying out health actions autonomously and confidentially and the lack of standardization in the provision of health care negatively impact the sexual health of adolescents.

Keywords: Health Policy, Public Health, Adolescent Health, Sexuality, Sexually Transmitted Diseases.

1. INTRODUÇÃO **10**
1.1 Sexualidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil **10**
1.2 Revisão da Literatura 12
1.2.1 Sexualidade na Adolescência 12
1.2.2 Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 12
1.2.3 As IST no Brasil e entre jovens 13
1.2.4 Estado de São Paulo 16
1.3 A Prevenção em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens 19
1.4 Justificativa 19
1.5 Objetivos 20
1.5.1 Geral 20
1.5.2 Específicos 20
2 ARTIGO **21**
2.1 Introdução 21
2.1.1 Sexualidade na Adolescência 22
2.2 Metodologia **22**
2.2.1 Levantamento Quantitativo e Qualitativo 23
2.3 Resultados 23
2.3.1 Caracterização de Serviços e Estruturas de Saúde 23
2.3.2 Acesso ao Serviço por Usuários 25
2.3.3 Rastreio e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis 25
2.3.3.1 Casos de Hepatite B 26
2.3.3.2 Casos de Sífilis 27
2.3.3.3 Casos de HPV e Câncer no Colo de útero 28
2.3.3.4 Casos de HIV 29
2.3.3.5 Procura e Atenção à Adolescentes na Atenção Primária 30
2.3.3.6 Possibilidades de Atendimento e Cuidado para Adolescentes na Atenção Primária 31
2.3.4 Programa Saúde na Escola 32
2.4 Discussão 32
2.4.1 Cuidado na Atenção Primária 33
2.4.2 Demanda e Busca pela Atenção Primária 33
2.4.3 Promoção a saúde sexual e reprodutiva 34
2.5 Conclusão 35
2.6 Referências **36**
REFERÊNCIAS **38**
ANEXO I **41**
ANEXO II **42**
ANEXO III **44**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sexualidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil

As políticas de saúde relativas à sexualidade no Brasil, para além do controle de natalidade, vieram a ser debatidas a partir da década de 1980 em contrapartida àquelas que haviam se estabelecido desde os anos 1960, restritas ao modelo de assistência materno-infantil. Nesta segunda fase, a partir dos anos 1980, a sexualidade ganha espaço nos debates junto às discussões sobre a reprodução, com movimentos sociais fomentados por minorias sociais, em um contexto de ampliação de direitos individuais, destacando a necessidade de ações educativas onde o corpo da mulher é sujeito de direitos, inclusive de atenção à saúde, e não mais objeto de concepções culturais.[1]

No Brasil, em 1984, o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher" (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde. Sua construção foi proposta e elaborada em conjunto com lideranças de movimentos feministas brasileiros, gestores estaduais e pesquisadores de universidades públicas, visando estabelecer uma nova abordagem para a saúde feminina. Este programa incorpora em suas normas, ideais de cuidados para a atenção à saúde sem se limitar ao modelo binário materno-infantil, propondo assim, um cuidado integral do ciclo vital da mulher.[2]

Em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu um importante passo para a garantia de direitos humanos básicos, assim como para o exercício da cidadania, de forma igualitária para homens e mulheres.[3] Tanto o PAISM quanto a Constituição Federal preveem, o direito à saúde, à educação, ao afeto e ao exercício do planejamento familiar (hoje chamado de planejamento reprodutivo) para todos os cidadãos brasileiros.[3,4] Além disso, a Constituição, em seu artigo 227, estabelece que crianças e adolescentes passam a ser sujeitos de direitos, alterando a condição anterior do Código do Menor que tutelava essas fases da vida totalmente aos pais ou responsáveis.

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), implementando um novo paradigma para a proteção da criança e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e não mais patrimônios familiares.[2] Em conformidade a este acordo, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), definindo políticas para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, a mesma classificação utilizada até então pela Organização Mundial de Saúde (OMS).[2] Dentre as prioridades do PROSAD estavam a sexualidade, a saúde reprodutiva e itens da saúde sexual, como as infecções sexualmente transmissíveis (IST), denominadas na época doenças sexualmente transmissíveis (DST).[2]

Em 1990, é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), marco fundamental para os avanços legais que norteiam a cidadania de crianças e adolescentes até os dias atuais, inclusive no direito à atenção à saúde.[3,5] O ECA redefine a adolescência legal como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

A partir desta lei, o Ministério da Saúde passou a adotar os parâmetros do ECA e incluiu como

alvo também a “população jovem” ou “pessoas jovens”, conforme os parâmetros da OMS, aquelas pessoas compreendidas até os 24 anos.[2] Este enfoque de políticas públicas voltadas à adolescência e juventude foi reafirmado em 2013 pelo Estatuto da Juventude, que destaca as pessoas de 15 e 29 anos de idade como alvo de políticas de redução de vulnerabilidade, abordando ações referentes aos direitos sexuais e reprodutivos.[6]

A partir do Estatuto da Juventude, portanto, dá-se e ênfase à promoção da autonomia e emancipação dos jovens, enquanto sujeito de direitos universais, geracionais e singulares, orientando a importância, nas políticas públicas, da promoção do bem-estar deste público, considerando, a experimentação da adolescência e juventude assim como seu desenvolvimento integral. Esses princípios visam respeitar à identidade e à diversidade individual e coletiva desses sujeitos, promovendo uma vida segura, sem discriminação e valorizando o diálogo e o convívio com as demais gerações através de programas governamentais destinados a assegurar a sua igualdade e atenção integral à saúde.[6] Essa atenção à saúde deve ser assegurada, conforme o ECA, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e a recuperação da saúde, com respeito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente.[5]

As Conferências da Organização das Nações Unidas realizadas no Cairo e em Beijing, em 1994 e 1995, respectivamente, exercerem um importante papel fundamental para as propostas e políticas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, voltando esforços para o desenvolvimento do ser humano e integrando questões de gênero como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida.[2] Esses acordos recomendam aos países signatários da ONU que, entre outros, protegessem e promovessem o direito dos adolescentes à educação, à informação e aos cuidados de saúde reprodutiva e serviços adequados para atenção à sua saúde e à necessidade de promoção do efetivo envolvimento e corresponsabilidade dessa população nessas ações.[2] As recomendações, incluíram o direito reprodutivo de adolescentes e jovens, inclusive os do sexo masculino.

Assim, o Brasil vai incorporando, pouco a pouco, os princípios de promoção à saúde sexual e reprodutiva definidos internacionalmente e referendados pela “Declaração do Milênio” de 2002 da ONU, comprometendo-se a cumprir até 2015 o conjunto dos 8 objetivos para o desenvolvimento sustentável: os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.[2] Dentre eles, a promoção da saúde sexual e a saúde reprodutiva para todos, incluídos os princípios de promoção da igualdade entre os sexos e fortalecimento da autonomia das mulheres; de melhoria da saúde materna; do combate ao HIV/aids e outras doenças; e da redução da mortalidade infantil.[2]

No Brasil, a Lei nº 9.263/1996 regulamentou o direito ao planejamento familiar para todos os cidadãos. Apesar de não determinar a assistência aos adolescentes, as demais legislações e acordos firmados explicitam o direito desse público a este atendimento, tal como prevê para todos os cidadãos a Constituição Federal em vigência. Também o ECA e as diretrizes do SUS, não permitem que haja

uma barreira para o acesso deste público, que tem a saúde sexual um dos alvos principais conforme garante a "Política Nacional de DST/Aids" de 1999, que inclui os adolescentes nos critérios de classificação de risco e de vulnerabilidade às IST.[7]

1.2 Revisão da Literatura

1.2.1 Sexualidade na Adolescência

A adolescência é marcada pela maturação sexual, que pode ser entendida como um acontecimento físico e psíquico. Entretanto, existem outros fatores para além das alterações hormonais e mudanças corporais: as transformações nesse período vital são multifatoriais e ultrapassam as alterações biológicas, incluindo mudanças psicossociais.[4] Nesse sentido, a sexualidade perpassa toda a vida do indivíduo com questões biológicas, psicológicas, culturais, históricas e sociais, desde o nascimento do ser humano, seu modo de estar, compreender e viver o mundo e seus relacionamentos interpessoais.[4]

Já a expressão e a vivência da sexualidade são influenciadas pela qualidade das relações emocionais e afetivas desenvolvidas na construção de vínculos, desejos e práticas sexuais, sentimentais ou mesmo, em sua ausência, podendo ou não se conformar de acordo aos preceitos do meio em que o indivíduo está inserido com suas crenças, normas morais, tradições da família e a forma como as relações estabelecidas entre as pessoas que dela fazem parte se consolidam e solidificam.[4,8] Nesse sentido, o conhecimento dos próprios corpos, bem como de seu funcionamento têm um espaço decisivo na compreensão de desejos e sentimentos, favorecendo a expressão da sexualidade e a potencialidade de estruturar pensamentos críticos.[2]

Para os adolescentes, o reconhecimento dos direitos humanos que, no Brasil, estão garantidos pela Constituição de 1988, implica em assumir a importância, da aceitação e do respeito à sua individualidade, autonomia e desenvolvimento pleno de sua sexualidade. Quando esse contexto é considerado, deve haver a implementação de ações direcionadas às suas singularidades de saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, para que haja o acolhimento e a promoção de saúde, conforme orienta o Ministério da Saúde.[8] No entanto, verifica-se que, no Brasil, esse direito à saúde não vem sendo garantido.

1.2.2 Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, na "Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar" (PeNSE), apresentou que o percentual de escolares que já tiveram relações sexuais aumentou 2,1% de 2009 comparado a 2019, ao mesmo tempo em que, no mesmo período, o percentual de escolares que usaram camisinha na última relação sexual caiu 18,6%.[9] Isso demonstra uma queda na prevenção à saúde sexual, visto que uso de camisinhas externas e internas como método de proteção contra as IST durante as relações sexuais é altamente eficiente e, no Brasil, essa tecnologia está disponibilizada de forma gratuita em seus vários equipamentos de saúde, como: unidades básicas de saúde (UBSs), Assistência Médica Ambulatoriais (AMAs), Serviços de Assistência Especializada

(SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), hospitais e maternidades.[10]

1.2.3 As IST no Brasil e entre jovens

Os casos detectados de hepatite B no Brasil, segundo os indicadores e dados básicos das hepatites nos municípios brasileiros apontam que, de 2018 a 2019 havia estabilidades das taxas de homens e mulheres de 14,1 para cada 100.000 habitantes. Já no período de 2019 a 2020 houve diminuição de mais de 42% (Tabela 1). Com relação aos óbitos por hepatite B, desde 2016, houve uma redução predominante nos índices (Tabela 2).[11]

Tabela 1. Casos de hepatite B e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de diagnóstico, Brasil, 2015-2021.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
Homens	7.973	8	7.969	7,9	7.682	7,6	7.968	7,8	8.015	7,8	4.625	4,5	4.110	3,9
Mulheres	6.633	6,4	6.220	5,9	6.067	5,7	6.220	5,8	6.145	5,7	3.372	3,1	3.143	2,9
Total	14.606	-	14.189	-	13.749	-	14.188	-	14.160	-	7.997	-	7.253	-

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 2. Óbitos por hepatites como causa básica, por ano, Brasil, 2015-2020.

Nº de óbitos	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hepatite B	451	477	414	424	368	338

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Quanto aos casos de sífilis adquirida, de 2015 a 2018, o Brasil apresentou um aumento dos casos por transmissão sexual. Entretanto, no período de 2019 a 2020, a redução desses casos foi maior que 22% para homens e 31% para mulheres, provavelmente queda ligada à diminuição de exames gerada pela interferência da pandemia de covid-19; sendo que desde 2015 os homens apresentaram mais de 50% dos casos (Tabela 3).[12]

Tabela 3. Casos e distribuição percentual de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homem	41.751	60,3	54.007	59,3	71.802	58,8	94.906	59,6	93.334	59,9	72.471	62,9
Mulher	27.538	39,7	37.038	40,7	50.301	41,2	64.225	40,4	62.485	40,1	42.733	37,1
Total	69.289	100	91.045	100	122.103	100	159.131	100	155.819	100	115.204	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

De 2018 a 2020, o país apresentou uma redução percentual dos casos de detecção de gestantes com sífilis menor de 2% nos casos de detecção (Tabela 4). Além disso, é possível observar que no ano de 2020 houve 42.733 casos de sífilis adquirida em mulheres (Tabela 3) e no mesmo ano apresentou 61.441 de casos de sífilis em gestantes (Tabela 4), uma diferença de 18.708 no número de casos.[12]

Tabela 4. Casos de detecção e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2021.

Sífilis	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
N º de casos	32.780	10,9	38.296	13,4	49.836	17	63.250	21,5	62.086	21,8	61.441	21,6

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Entre as mulheres de 10 a 19 anos, nos anos de 2015 a 2018 houve um aumento de casos de gestantes com sífilis, embora tenha havido uma redução na distribuição de seu percentual do país, nesse período, essa faixa etária apresentou mais de 25% dos casos (Tabela 5). Quando a distribuição percentual é estratificada por raça/cor, verifica-se que o número de casos de sífilis na população preta parda entre 2017 e 2020 são superiores a 60% (Tabela 6).[12]

Tabela 5. Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020.

Idade	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14 anos	452	1,4	519	1,4	624	1,3	718	1,1	644	1	620	1
15 a 19 anos	8.536	26	9.942	26	12.942	26	15.742	24,9	14.895	24	14.329	23,3
20 a 29 anos	16.859	51,4	20.086	52,5	26.277	52,8	34.058	53,9	34.563	55,7	34.636	56,4
30 a 39 anos	6.264	19,1	6.988	18,3	8.968	18	11.505	18,2	10.806	17,4	10.650	17,3
40 anos ou mais	669	2	740	1,9	985	2	1.213	1,9	1.167	1,9	1.188	1,9
Ignorado	-	-	1	0	6	0	5	0	-	-	2	0
Total	32.780	100	38276	100	49802	100	63241	100	62075	100	61425	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Quanto ao HIV, os dados absolutos de casos notificados no Sistema Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCEL/SICLOM) estão reduzindo desde 2015.

Tabela 6. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020.

Raça ou Cor	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Branca	30,9	30,8	30,7	28,6	28,6	27,4
Preta	12,1	12,5	12,7	12,2	11,8	12
Amarela	0,8	0,8	0,9	1	1	1
Parda	46,7	47,1	48,6	50,7	51,2	52,7
Indígena	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
Ignorada	8,8	8,1	6,6	6,9	6,9	6,3
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Esse mesmo padrão se dá dentro dos perfis de homens e mulheres, menores de 5 anos, e de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, com exceção do ano de 2017, em que os jovens apresentaram aumento de 1,66% comparado ao ano anterior (Tabela 7). Após um aumento de 9,22% nos casos de gestantes infectadas pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos) de 2016 a 2017, o índice está reduzindo desde 2018 (Tabela 8).[13]

Tabela 7. Casos de HIV notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020.

Casos de AIDS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	27.834	27.078	26.934	26.776	26.399	21.200
Mulheres	13.271	12.466	11.757	11.469	11.325	8.711
Menores de 5 anos	351	333	298	272	262	177
Entre 15 e 24 anos	5.167	4.944	5.026	4.818	4.749	3.618
Total	41.113	39.551	38.700	38.251	37.731	29.917

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 8. Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto. Brasil, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HIV em gestantes	7.870	7.853	8.577	8.268	7.814	4.280
Taxa de detecção em gestantes	2,8	2,7	2,9	2,9	2,7	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Também, desde 2015, nota-se redução da proporção de óbitos por HIV por 100.000 habitantes e do coeficiente bruto de mortalidade por HIV (Tabela 9). Nos casos de HIV

notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, há uma redução gradativa do diagnóstico em homossexuais, bissexuais e heterossexuais.[13]

Tabela 9. Óbitos por causa básica HIV e Coeficiente de mortalidade bruto por HIV (por 100.000 hab.), por ano, Brasil, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos por AIDS	12.667	12.540	11.735	11.222	10.687	10.417
Taxa bruta de mortalidade	6,2	6,1	5,7	5,4	5,1	4,9

Fonte: MS/SVS/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade.

1.2.4 Estado de São Paulo

No estado de São Paulo, os indicadores de casos das hepatites virais nos municípios brasileiros apontam que os casos de hepatite B, desde 2015, vêm tendo redução gradativa, e que no período de 2019 a 2020 apresentaram uma queda de mais de 32%, o dobro da queda do período anterior de 2018 a 2019 (Tabela 10).

Tabela 10. Casos de hepatite B e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 2015-2021.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
Homens	1.775	8,2	1.718	7,9	1.636	7,4	1.552	7	1.293	5,8	869	3,8	731	3,2
Mulheres	1.215	5,3	1.203	5,2	1.199	5,2	1.153	4,9	1.006	4,3	608	2,6	599	2,5
Total	2.990	-	2.921	-	2.835	-	2.705	-	2.299	-	1.477	-	1.330	-

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Durante os anos de 2018 a 2019, houve uma queda de 34% nos índices de óbitos por hepatites B como causa básica no estado (Tabela 11).[11]

Tabela 11. Óbitos por hepatites como causa básica, por ano, Estado de São Paulo, 2015-2020.

Nº de óbitos	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hepatite B	92	98	84	91	60	50

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 12. Casos e distribuição percentual de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2015-2020.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homens	17.353	64,3	19.338	61,9	22.921	62,2	24.041	63,4	22.282	63,1	17.253	67,1
Mulheres	9.642	35,7	11.905	38,1	13.925	37,8	13.888	36,6	13.053	36,9	8.444	32,9
Total	26.995	100	31.243	100	36.846	100	37.929	100	35.335	100	25.697	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Porém, desde 2015, o estado apresenta um histórico onde predomina o aumento de casos de detecção de sífilis em gestantes (Tabela 13).[12]

Tabela 13. Casos de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. estado de São Paulo, 2015-2021.

Sífilis	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
N º de casos	7.133	11,3	8.429	14	10.736	17,5	12.415	20,5	11.722	20,1	11.981	20,5

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

No estado de São Paulo, de 2015 a 2018, houve um aumento de casos de gestantes com sífilis de 10 a 19 anos, entretanto há uma redução na distribuição percentual do estado (Tabela 14). Quanto à distribuição percentual, quando é estratificada por raça/cor, desde 2017 a 2020, os casos de sífilis na população preta e parda apresentam uma distribuição crescente de 50,4 a 54,4 (Tabela 15).[12]

Tabela 14. Casos e distribuição de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2015-2020.

Idade	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
10 a 14 anos	62	0,9	86	1	87	0,8	115	0,9	75	0,6	94	0,8
15 a 19 anos	1.658	23,2	1.985	23,5	2.542	23,7	2.794	22,5	2.623	22,4	2.662	22,2
20 a 29 anos	3.729	52,3	4.447	52,8	5.737	53,4	6.773	54,6	6.656	56,8	6.922	57,8
30 a 39 anos	1.526	21,4	1.730	20,5	2.148	20	2.464	19,8	2.128	18,2	2.065	17,2
40 anos ou mais	158	2,2	181	2,1	222	2,1	269	2,2	240	2	238	2
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	7133	100	8429	100	10736	100	12415	100	11722	100	11981	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 15. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2015-2020.

Raça ou Cor	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Branca	43,8	42,7	43,1	42,3	41,1	38,8
Preta	11,9	11,9	11,6	10,8	11,3	11,4
Amarela	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8
Parda	37,8	39	38,8	39,7	41	44
Indígena	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ignorada	5,6	5,8	5,8	6,3	5,8	4,9
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

No estado de São Paulo, os dados absolutos de casos de HIV notificados no SINAN estão reduzindo desde 2015. Esse mesmo padrão se dá dentro do perfil de jovens de 15 a 24 anos (Tabela 16). Após um aumento de 3,84% na proporção de casos de gestantes infectadas pelo HIV (por 1.000 nascidos vivos) de 2015 a 2016, o índice está reduzindo desde 2017 (Tabela 17).[13]

Tabela 16. Casos de HIV notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2015-2020.

Casos de AIDS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	5.640	5.712	5.525	5.342	4.973	4.316
Mulheres	2.132	1.975	1.842	1.728	1.579	1.362
Menores de 5 anos	34	35	37	23	26	29
Entre 15 e 24 anos	934	936	911	883	853	723
Total	7.773	7.687	7.370	7.070	6.552	5.679

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 17. Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto. Estado de São Paulo, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HIV em gestantes	1.277	1.326	1.353	1.263	1.210	678
Taxa de detecção em gestantes	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Também, desde 2015 há redução da proporção de óbitos por causa básica do HIV por 100.000 habitantes e do coeficiente bruto de mortalidade por HIV (Tabela 18). Nos casos de HIV notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino, com 13 anos de idade ou mais, há uma redução gradativa do diagnóstico em homossexuais, bissexuais e heterossexuais.[13]

Tabela 18. Óbitos por causa básica HIV e Coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 hab.), por ano, Estado de São Paulo, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos por AIDS	2.567	2.530	2.186	2.092	1.852	1.884
Taxa bruta de mortalidade	5,8	5,7	4,8	4,6	4	4,1

Fonte: MS/SVS/SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade.

1.3 A Prevenção em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a América Latina e Caribe apresentam taxas elevadas de fecundidade adolescente de 68 para cada 1.000 jovens, ficando atrás apenas do continente africano.[14] As vulnerabilidades sociais, como a baixa escolaridade e inacessibilidade aos meios de prevenção, potencializam a incidência de IST e gestação na adolescência.

O acesso à prevenção contraceptiva é fundamental e, na adolescência e juventude, assim como durante toda a vida e a desinformação, entre outros fatores podem influenciar no não uso de métodos contraceptivos, inclusive do preservativo. Por isso, além de campanhas educativas, uma comunicação aberta e atualizada torna-se uma ferramenta de promoção à saúde de grande impacto para essa população.[10] Da mesma forma, outras estratégias preventivas como a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) e a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) precisam estar disponibilizadas, complementarmente com a oferta de tratamentos de IST que possam servir de porta de entrada para coinfecções, além da própria terapia antirretroviral que, com uso contínuo e correto, tem o potencial não apenas de tratar e prevenir a aids entre os infectados com HIV, mas também baixar a carga viral impedindo a infecção de parceiros sexuais destes.[15]

1.4 Justificativa

Através do relatório da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE em 2022 é possível observar que há um aumento de adolescentes escolares que iniciam a vida sexual ao passo que há uma redução do uso de preservativos de barreira.[9] Esse dado, juntamente aos indicadores de IST do Ministério da Saúde mostram que, apesar da redução da incidência de gestação

total na adolescência, este grupo ainda se encontra em vulnerabilidade para essas ocorrências.

Por isso, identificar como o acesso se dá à população adolescente e jovem na atenção primária é fundamental para estabelecer como está a assistência à saúde sexual e o risco de IST entre esta população, contribuindo para um diagnóstico situacional e elaboração de estratégias de promoção à saúde.

1.5 Objetivos

1.5.1 Geral

Descrever e analisar a situação de atenção e ocorrências em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens do município de Francisco Morato.

1.5.2 Específicos

- Descrever a assistência em IST/HIV/aids de adolescentes e jovens do município de Francisco Morato;
- Descrever a situação de ISTs (HIV, sífilis, hepatite B, HPV) na adolescência em Francisco Morato caracterizando os perfis etário e de risco.

2 ARTIGO

2.1 Introdução

As construções de políticas de saúde relativas à sexualidade no Brasil, para além do controle de natalidade, vieram a ser debatidas a partir da década de 1980 em contrapartida àquelas que se restringiam ao modelo de assistência materno-infantil estabelecidas desde a década de 1960. Nas novas políticas, a sexualidade ganha espaço nos debates junto às discussões de reprodução com ampliação de direitos individuais, onde o corpo da mulher é percebido como sujeito de direitos, abrangendo a atenção à saúde.[1]

No Brasil, em 1984, o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher" (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde. Este programa incorporou em suas normas ideais de cuidados para a atenção à saúde, propondo um cuidado integral do ciclo vital da mulher.[2]

Em 1988, a garantia de direitos humanos básicos foi prevista pela Constituição Federal para o exercício da cidadania brasileira, de forma igualitária entre homens e mulheres.[3'4] Em seu artigo 227, há o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e não mais como totalmente tutelados à família, alterando a condição anterior dessas pessoas prevista na legislação do Código do Menor.

Após programas de transição, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi aprovado como um marco dos avanços legais que norteiam a cidadania de adolescentes nos dias atuais, inclusive no direito à atenção à saúde.[3'5] O ECA redefine a adolescência legal como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

A partir desta lei, o Ministério da Saúde passou a adotar os parâmetros utilizados pelo ECA e, posteriormente, incluiu também a "população jovem" ou "pessoas jovens" estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como aquelas que vão até os 24 anos. Em 2013, o Estatuto da Juventude reafirmou a importância de políticas públicas voltadas à população adolescente e jovem de 15 e 29 anos de idade, dando ênfase às políticas de redução de vulnerabilidade, destacando a ação em prol da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.[6]

O Estatuto da Juventude assume, como princípios, o direito desses sujeitos já salientados na Constituição e no ECA, dando ênfase à promoção da autonomia e sua emancipação, além de seu reconhecimento como sujeito de direitos universais, geracionais e singulares, orientando a promoção do bem-estar, e atenção ao desenvolvimento físico e sexual, em prol de proporcionar uma vida segura e sem discriminação, valorizando o diálogo e o convívio de jovens com as demais gerações, a fim de assegurar a sua igualdade e saúde.[5]

2.1.1 Sexualidade na Adolescência

A adolescência é marcada pela maturação sexual, que pode ser entendida como um acontecimento físico e psíquico. As transformações nesse período vital são multifatoriais e ultrapassam as alterações biológicas, incluindo mudanças psicossociais. Nesse sentido, a sexualidade perpassa toda a vida do indivíduo com questões biológicas, psicológicas, culturais, históricas e sociais, desde o nascimento, seu modo de estar, compreender e viver o mundo e seus relacionamentos interpessoais.[4]

Embora a sexualidade esteja em debate desde a década de 1980, abordar a temática na adolescência ainda é um tabu na cultura brasileira. Além disso, a desinformação tem grande impacto inclusive na qualidade da vida sexual desses.

Em 2022 a "Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar" (PeNSE), divulgou que o percentual de escolares que já tiveram relações sexuais aumentou 2,1% de 2009 comparado a 2019, no mesmo período, o percentual de escolares que usaram camisinha na última relação sexual havia caido 18,6%.[7] Isso demonstra a queda na prevenção à saúde, visto que uso de preservativos externos e internos como método de proteção contra as IST durante as relações sexuais é altamente eficiente.[8]

Considerando essa problemática, o presente estudo, por meio de uma parceria estabelecida no ano de 2022 entre a Secretaria de Saúde do Município de Francisco Morato com o Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pretende descrever e analisar a situação e ocorrências da atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, no município de Francisco Morato, assim como a organização da assistência de atenção à saúde oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS) para IST/HIV/Aids.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa que busca o entendimento em profundidade das características do acesso da assistência à adolescentes na atenção primária de Francisco Morato; a partir das percepções, descrições e comparações fornecidas pelos trabalhadores da rede. A caracterização se deu após a coleta de dados, realizada por discentes do Programa de Especialização em Saúde Coletiva pelo Instrumento para o Conhecimento da Atenção Básica do Instituto de Saúde (ICAB-IS) desenvolvido por esta instituição. O estudo contém um levantamento qualitativo realizado por meio de entrevistas com Coordenadores de Saúde de Francisco Morato. A pesquisa foi submetida à análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS). Também foi realizada uma análise de indicadores referentes à Saúde Sexual e Reprodutiva disponíveis

no DATASUS/Ministério da Saúde.

2.2.1 Levantamento Quantitativo e Qualitativo

O ICAB-IS foi estruturado baseado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com questões abertas e fechadas que abordam os eixos de cuidado. Foram selecionados itens de interesse da estrutura e ações presentes nas UBSs de Francisco Morato referente à saúde de adolescente e à saúde sexual e reprodutiva. Esses questionários foram aplicados no segundo semestre de 2021 com gerentes desses serviços. As entrevistas foram realizadas com representantes da coordenação da Atenção Básica; da Coordenação de IST/Aids de Francisco Morato; e do Núcleo de Atenção à População LGBTQIA+, localizado no Centro de Integração da Cidadania (CIC). Essas, foram gravadas e posteriormente transcritas para análise transversal de conteúdo, a fim de complementar dados qualitativos e indicadores levantados. Foi utilizado um roteiro de entrevista para respostas livres, que tiveram duração média de 40 minutos. O roteiro abrangeu perguntas sobre as ações de promoção e assistência, além de questões que visavam compreender o fluxo de atenção e público-alvo dos serviços de saúde.

2.3 Resultados

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica (IBGE) de 2010, Francisco Morato possuía uma população de 10 a 14 anos de 16.335 pessoas; de 15 a 19 anos de 15.011, o que totaliza 31.346. A população de 10 a 19 anos representa 20,3% do total da população do município.

2.3.1 Caracterização de Serviços e Estruturas de Saúde

A partir de informações fornecidas pelo Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME-FM), a rede de saúde deste município se organiza em três blocos: (I) Atenção Básica, (II) Atenção Especializada Média Complexidade e (III) Atenção Especializada Alta Complexidade, sendo estas compostas por:

Figura 1. Rede de Saúde do Município de Francisco Morato, 2022.

Redes de Atenção à Saúde	
I	USF Terezinha Marques da Silva (Central), USF Parque 120, USF Parque Paulista, USF Jd. Casa Grande, USF Água Vermelha, USF Jd. Santo Antônio, USF Jd. Nova Esperança, USF Walfrido Tiburcio, USF Jd. Rosas, USF Jd. Arpoador, USF Silvia, USF Vila Guilherme e UBS Batista Genari;
II	Centro de Fisioterapia e Reabilitação, Centro Integrado de Saúde da Mulher, CAPS ii, CAP i, CAPS AD, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Integrado de Saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), AE Teresinha Marques da Silva, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Francisco Morato e UPA 24H ;
III	Hospital Estadual Prof. Carlos das Silva Lacaz e Referências Pactuadas - CROSS.

Fonte: Produção própria.

Das 13 UBS presentes no Município, aplicamos o questionário ICAB-IS em 12 (92,30%). Dessas, todos os serviços de atenção primária à saúde informaram serem compostos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo que 1 (8,33%) também se identifica como uma unidade mista organizado no modelo tradicional e ESF. Entre as unidades de saúde, uma (8,33%) possui 4 equipes e a maioria (58,33%) é composta por 2 equipes de saúde da família.

A maioria das UBSs (91,67%) afirmaram não ter o quadro de profissionais previsto completo para atuação. Dos principais profissionais que faltam, foram citados os profissionais da Equipe de Enfermagem (91,67%), o que inclui técnicos, auxiliares e graduados nesta área, seguido por profissionais da Medicina (66,67%), e a metade dos serviços declararam a falta de agentes comunitários de saúde (ACS).

> **Entrevista 1:** No geral, eu vejo uma dificuldade da atenção básica por conta da falta de RH mesmo, eu até entendo, como os enfermeiros das UBS precisam fazer puericultura, o pré-natal e o papanicolau.

Mesmo com o quadro de profissionais deficitário, todas as UBSs afirmaram realizar ações de saúde sexual e reprodutiva; entretanto, não há ações específicas direcionadas a profissionais do sexo. As ações de saúde sexual e reprodutiva, em sua maioria, são direcionadas a mulheres durante o pré-natal, mas também, 66,68% afirmam realizá-las para adolescentes e 41,67% para jovens LGBT.

> **E4:** E a maioria dos casos de teste (rápidos) é de pré-natal nas UBS?
> **Entrevista 1**: É mais pré-natal, bem mais. [...] Eles fazem muitos testes em gestantes, acho que seja por conta da abertura de pré-natal, né, e na outra população eles acabam fazendo um pouquinho menos.

Houveram 10 UBSs (83,33%) que afirmaram ter um espaço destinado à realização desses grupos e atividades educativas, indicando que nem todos os serviços possuem local adequado. Além disso, foi explicitado que há a necessidade de aprimorar essas atividades na UBS, 8,33% afirmando que isso se dá devido ao pouco interesse da comunidade e 8,33% ao alto índice de gravidez na adolescência somado ao aumento de IST, principalmente sífilis.

As ações educativas são realizadas, em sua maioria (91,67%), pela Equipe de Enfermagem e em metade (50%) por ACS. A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento dessas atividades é promovida, na maioria dos casos, pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), pela Secretaria Municipal de Saúde e por outros órgãos da Prefeitura Municipal de Francisco Morato.

2.3.2 Acesso ao Serviço por Usuários

O acesso de usuários às UBSs se caracteriza, principalmente, pelo agendamento presencial de consultas. Caso o usuário busque o acolhimento por demanda espontânea, a maioria (83,33%) relatou realizar o atendimento. As unidades afirmam, em 96,67% prestar acolhimento dessas demandas em período integral, sendo que a maioria (83,33%) realiza de segunda a sexta-feira.

Todas as UBSs informaram realizar atendimento no acolhimento para testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites, sendo a maioria (91,67%) realizado sob demanda espontânea e alguns (8,33%) apenas após agendamento. De resto os testes são sempre ativamente realizados nas gestantes:

> **Entrevista 2**: Muitos (casos de IST) são identificados na gravidez, o teste rápido é ofertado nas UBSs, em alguns casos por livre demanda, mas eles não procuram.
>
> **Entrevista 1:** [...] Alguns usuários vêm aqui (no CTA) pois procuraram a UBS e não conseguiram fazer o teste naquele momento, aí acabam sendo encaminhados para cá.

2.3.3 Rastreio e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis

No aspecto da prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, todas as UBSs relatam possuir fluxos definidos: quando necessário há agendamentos para casos de suspeita de câncer do colo de útero; para rastreio e tratamento de HIV/aids há encaminhamento para o Ambulatório de Especialidades, onde se situa o CTA/COAS. Entretanto, a maioria das unidades (58,33%) não acompanha conjuntamente os usuários que convivem com HIV/aids (Figura 2):

Figura 2. Prevenção às IST nas UBS de Francisco Morato, 2022.

	n	%
Há referências e fluxos definidos para		
Agendamentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero	12	100,00
HIV/Aids	12	100,00
A unidade acompanha usuários que convivem com HIV/Aids		
Sim	5	41,67
Não	7	58,33
A comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e profissionais da rede de especialidades		
CTA	1	8,33
Casa da Mulher	1	8,33

Fonte: ICAB-IS, 2022.

O CTA/COAS tem um papel estratégico no atendimento e promoção do acompanhamento de IST, obviamente incluindo o HIV/aids:

> **Entrevista 4:** a gente vai (faz) essa acolhida né, e a gente automaticamente já faz o encaminhamento para você o CTA né, pra já avisar, saber como que ta a saúde dessa pessoa, desse adolescente né ou dessa trans [...] **(**a demanda maior que trazem é)

> sobre o PREP tá vindo bastante [...] eu sempre faço uns eventos de prevenção com aqueles kitzinhos.
>
> **E4:** Qual o perfil que vem fazer testes aqui no CTA?
> **Entrevista 1:** Então, diversos, pois fazemos bastante palestras, eu dou palestras em escolas, fazemos divulgação nas ruas, então acabam vindo no nosso serviço.

Isso se dá, no caso da testagem, também devida a muitas testagens serem feitas durante a busca da profilaxia pós-exposição para o HIV (PEP) e da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), que não são buscadas nas UBS:

> **E1:** Tem busca da PEP nas unidades?
> **Entrevista 2:** Nós não fornecemos, e eles não vão buscar por saber que não tem, se eles procurarem mandamos para cá (CTA).

Para a entrega da PREP e PrEP, adolescentes são contemplados:

> **E4:** Vocês têm alguma restrição etária para PEP e PrEP?
> **Entrevista 1:** PrEP agora é 15 anos, né… PEP não tenho

2.3.3.1 Casos de Hepatite B

Enquanto no Brasil e no estado de São Paulo a taxa de detecção de hepatite B apresentou uma redução de 2015 a 2019, no mesmo período, houve aumento em Francisco Morato (Figura 3).[9]

Figura 3. Casos de hepatite B e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de diagnóstico, Francisco Morato, 2015-2021.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
Homens	2	2,4	2	2,4	3	3,5	3	3,5	4	4,6	1	1,1	-	-
Mulheres	5	5,9	2	2,3	-	-	1	1,1	3	3,4	-	-	1	1,1
Total	7	-	4	-	3	-	4	-	7	-	1	-	1	-

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

O perfil das pessoas que positiva para hepatite B, é segundo os entrevistados, de mulheres jovens e de homens idosos:

> **Entrevista 2:** São maioria mulheres, dos 16 aos 30 anos predominantes.
>
> **Entrevista 1:** São mais idosos com Hepatite B [...] dos 40 aos 60 anos, mais ou menos [...] A maioria (dos casos) de hepatite são héteros [...] São pessoas mais carentes [...]
> **E2:** E são mais mulheres ou homens?
> **Entrevista 1:** [...] acho que não é tão diferente, tem mulheres, homens…

Já o número de óbitos por hepatite B no município em 2020, se comparado ao ano anterior apresentou aumento de 200%, diferente do estado de São Paulo onde vem caindo.[9] Quanto ao monitoramento e tratamento dos casos de Hepatite B:

> **Entrevista 1:** A gente possui um fluxo. A pessoa fez o teste na UBS, deu hepatite B, a UBS entra em contato com a gente e já realizamos o pedido de carga viral de Hepatite B e no dia do exame a pessoa já marca consulta com o infectologista e inicia o acompanhamento [...] É encaminhada via UBS e é tratada aqui (CTA), não na UBS.

2.3.3.2 Casos de Sífilis

De 2015 a 2019, os casos e distribuição percentual de sífilis adquirida em homens no município apresentou um aumento e o mesmo ocorreu com as mulheres no período de 2015 a 2018. Nos anos de 2015 a 2020, houve prevalência masculina na distribuição percentual nos casos, mais que o dobro se comparado às mulheres (Figura 4).[10]

Figura 4. Casos e distribuição percentual de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico. Francisco Morato, 2015-2020.

Sexo	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homens	33	61,1	42	57,5	56	56	65	63,1	69	64,5	52	68,4
Mulheres	21	38,9	31	42,5	44	44	38	36,9	38	35,5	24	31,6
Total	54	100	73	100	100	100	103	100	107	100	66	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Francisco Morato apresentou um aumento expressivo na taxa de detecção de gestantes com sífilis no período de 2015 a 2020, de 9 para 35,9 entre 100 mil, sendo que desde 2016 este valor é superior à taxa nacional. Desde 2015, a faixa etária de 10 a 19 anos apresenta ¼ ou mais da distribuição percentual de gestantes com sífilis; essa distribuição foi maior que a do estado de São Paulo e, de 2017 a 2020, maior que a distribuição nacional (Figura 5).[10]

Figura 5. Casos e distribuição percentual de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Francisco Morato, 2015-2020.

Idade	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14 anos	-	-	1	2,1	-	-	-	-	2	2,7	1	1
15 a 19 anos	7	25	12	25	26	34,7	20	27,8	27	36	30	29,4
20 a 29 anos	13	46,4	22	45,8	33	44	37	51,4	37	49,3	59	57,8
30 a 39 anos	7	25	12	25	13	17,3	14	19,4	7	9,3	11	10,8
40 anos ou mais	1	3,6	1	2,1	3	4	1	1,4	2	2,7	1	1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	28	100	48	100	75	100	72	100	75	100	102	100

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Nas entrevistas, foi indicado um aumento nos casos de sífilis, principalmente entre adolescentes, além de uma dificuldade em estabelecer um tratamento dos parceiros das que estão gestantes:

> **Entrevista 3:** Inclusive houve um aumento de casos de sífilis no jardim Silvia.
> **E4:** Entre os adolescentes?
> **Entrevista 3:** Também.
> **E4:** Qual o perfil desses jovens (gestantes com sífilis), idade?
> **Entrevista 2:** de 14 a 19 anos tem aumentado bastante.

O fluxo de atendimento é feito pelas próprias UBSs que tentam cuidar também o parceiro, embora haja dificuldade de tratá-los e também de tratar algumas mulheres devido ao abandono do tratamento:

> **E3:** E como funciona o fluxo nas UBS dos casos de sífilis?
> **Entrevista 2:** Ela é identificada, notificada e tratada, porém o tratamento é para gestante e o parceiro, quando ela não é gestante o fluxo é outro.
> **Entrevista 3:** A gente tem que pedir pra farmácia liberar, porque a medicação que temos falta, embora hoje não fique tanto em falta, a gente procura tratar. Temos dificuldades quando o tratamento é atravessado por outras doenças que precisamos estender a medicação, nosso maior problema é elas concluírem o tratamento, muitas vezes elas abandonam aí depois querem voltar e precisamos reiniciar o tratamento, aí às vezes voltam e estão grávidas [...]
> **E3:** Por que você acha que tem abandono do tratamento?
> **Entrevista 2:** Ah, acho que elas veem que doem, de ter uma responsabilidade de três semanas seguidas, aí abandonam. [...]

De 2018 a 2020, houve aumento de casos de gestantes com sífilis de 10 a 19 anos, quando a distribuição percentual de gestantes de 2016 a 2019 é estratificada por raça/cor, a população preta e parda apresentou um aumento de 43,7% a 70%, em 2020 pretas e pardas representaram 72,8% dos casos.[10]Quando questionadas sobre o perfil das gestantes com sífilis as entrevistas informam:

> **Entrevista 1:** Temos todos os tipos (gestantes com sífilis), 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 já não têm mais contato com os parceiros.
> **E4:** A maioria não tem parceiro fixo?
> **Entrevista 1:** A maioria não tem parceiro fixo.
> **E4:** Mas foi contraído por um parceiro fixo?
> **Entrevista 1:** Sim.

2.3.3.3 Casos de HPV e Câncer no Colo de útero

Todas as UBS afirmaram realizar rastreio e identificação precoce e rastreamento do câncer de colo uterino e contam com estratégias de divulgação e promoção do papanicolau. A maior parte delas (58,33%) é a orientação das usuárias para a coleta deste exame a partir dos 25 anos de idade da usuária (Figura 6).

Os fluxos estabelecidos para detecção do HPV são feitos na própria UBS, porém o tratamento é feito pelo encaminhamento à Casa da Mulher:

> **E2:** Os adolescentes fazem papanicolau ou procuram?
> **Entrevista 2:** Quando elas procuram, os profissionais dentro do consultório acabam tendo condutas diferentes, nós procuramos sempre entender qual a demanda e orientar as adolescentes, mas normalmente fazem.
> **E3:** Esses casos vêm pra cá ou ficam na UBS?

> **Entrevista 2:** Se é um caso de sinais de verrugas e precisa de tratamentos para cauterização vem pra cá (Casa da Mulher).
> **E4:** A UBS não faz cauterização?
> **Entrevista 2:** Não.

Quanto à vacinação por HPV, não há uma padronização para o atendimento a adolescentes, principalmente quando estão desacompanhadas:

> **E4:** As meninas vêm sozinhas fazer a vacinação (contra HPV)?
> **Entrevista 2:** Não, sempre vêm acompanhadas.
> **E4:** Se elas vêm sozinhas vocês aplicam?
> **Entrevista 2:** Depende, normalmente não… essa é minha briga aqui, é violação de direitos! não me conformo, fico pensando "gente não é possível!".

Figura 6. Rastreio de câncer de colo do útero nas UBS de Francisco Morato, 2022.

	n	%
É orientada a coleta de papanicolau a partir de		
15 anos	2	16,67
18 anos	1	8,33
20 anos	1	8,33
24 anos	1	8,33
25 anos	7	58,33
Há protocolos para identificação precoce/rastreamento voltados para câncer de colo do útero		
Sim	12	100,00
Busca ativa é realizada em caso de		
Citopatológico alterado	10	83,33
Citopatológico atrasado	8	66,67
Nenhuma das anteriores	1	8,33
Realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada		
Sim	7	58,33
Utiliza estratégias de divulgação e promoção de citopatológico		
Sim	12	100,00

Fonte: ICAB-IS, 2022.

2.3.3.4 Casos de HIV

Segundo a notificação de HIV no SINAN, os casos na faixa etária entre os 15 e 24 anos, no período de 2015 a 2020, mantiveram uma média de 3,1 novos infectados por ano em Francisco Morato (Figura 7).[11]

Figura 7. Casos de HIV notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Francisco Morato, 2015-2020.

Casos de AIDS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	22	22	12	13	13	18
Mulheres	7	7	9	11	11	7
Menores de 5 anos	-	-	-	-	-	-
Entre 15 e 24 anos	3	5	3	2	3	3
Total	29	29	21	24	24	25

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Há um destaque para a taxa de detecção em gestantes infectadas pelo HIV, devido ao exame ser obrigatório durante o pré-natal, além de que, desde 2017, a taxa de Francisco Morato ser superior à estadual e nacional.[11]

> **E3:** Como estão os índices de HIV no município?
> **Entrevista 1:** HIV, tem aumentado bastante [...] pensando em relação aos testes rápidos que eu faço fichamento, temos uma média de 2 por mês, de novos casos.
> **E4:** Você nota este aumento desde quando?
> **Entrevista 1**: Já teve semanas onde chegamos a pegar três assim, sabe? no final do ano passado. Na pandemia teve um aumento de casos novos, as pessoas pegaram covid, foram internadas e descobriram que tinham HIV
>
> **E4:** Vocês têm gestante com HIV?
> **Entrevista 1**: Hoje não tenho nenhuma.

A taxa de mortalidade devido ao HIV, de 2015 a 2020, com exceção do ano de 2016, é superior à taxa do estado de São Paulo e à taxa nacional. Além disso, analisando-se os casos notificados no SINAN, é possível observar que, no ela se concentra entre indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, infectados por exposição ao HIV a via sexual.[11]

2.3.3.5 Procura e Atenção à Adolescentes na Atenção Primária

Quanto à busca de adolescentes por preservativos nas UBS, metade das gerências (50%) afirmou que há muita demanda, por adolescentes de ambos os sexos (33,33%). Quanto à demanda espontânea de adolescentes por testes rápidos de HIV e sífilis, a maioria (81,82%) aponta demanda por este público, ao mesmo tempo em que a procura por teste de gravidez pela população adolescentes é referida por mais da metade dos serviços (Figura 10).

Figura 10. Caracterização da procura de adolescentes nas UBS de Francisco Morato, 2022.

	n	%
A busca feita por preservativos por adolescentes é		
Muita, apenas por adolescentes homens	2	16,67
Muita, por AMBOS os sexos	4	33,33
Não sabe	3	25,00
Pouca, apenas por adolescentes homens	2	16,67
Pouca, por AMBOS os sexos	1	8,33
Do total de busca de testes de gravidez, adolescentes representam		
Maioria	1	8,33
Metade	6	50,00
Minoria	5	41,67
A demanda espontânea de testes rápidos de HIV e sífilis é feita		
Pela maioria de adolescentes homens	1	8,33
Pela maioria de adolescentes mulheres	6	50,00
Pela maioria dos adolescentes de ambos os sexos	2	16,67
Por algumas adolescentes mulheres	1	8,33
Por alguns adolescentes de ambos os sexos	1	8,33
Não realiza demanda espontânea	1	8,33

Fonte: ICAB-IS, 2022.

2.3.3.6 Possibilidades de Atendimento e Cuidado para Adolescentes na Atenção Primária

O ICAB-IS aborda a possibilidade de atendimentos e cuidados ofertados de forma autônoma para adolescentes, ou seja, sem que este necessite estar acompanhado de uma pessoa responsável. A partir das respostas dos gerentes, foi possível identificar que o agendamento de consultas é restringido: não pode ser realizado por adolescentes desacompanhados em 4 (33,33%); em outras 4 (33,33%) pode ser realizado, porém é preciso ter no mínimo 15 anos; em 3 (25%) da UBSs apenas os adolescentes a partir de 12 ou 13 anos podem ser atendidos sozinhos (Figura 11).

Todas as UBSs afirmaram ter cartão/comprovante de vacinação sempre disponível e realizarem vacinação, mas 1/4 delas não permite nunca que adolescentes solicitem vacinação para HPV de forma autônoma e a maioria (60%) não permite que solicitem a vacinação para hepatite B sem responsáveis (Figura 11).

Todas as UBSs realizam testes de gravidez, hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis; entretanto todas delimitam sua realização quando o usuário é adolescente, e é maior a barreira quando tem 15 anos e ou menos, sendo que 8,33% não permite que nenhum adolescente realize teste de desacompanhado (Figura 11).

Quando é necessário executar o tratamento de IST, 1/3 não permite que adolescentes sejam tratados se estiverem ou virem sozinhos e 1/4 exige que tenham, no mínimo, 15 anos para que este seja feito de forma autônoma (Figura 11).

Figura 11. Caracterização da atenção prestada à adolescentes nas UBS de Francisco Morato, 2022.

	IDADE											
	≥ 10 anos		12 ou 13 anos		14 anos		≥ 15 anos		Nunca		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marcar consulta?												
	1	8,33	2	16,67	1	8,33	4	33,33	4	33,33	-	-
ser atendidos em consultas?												
	1	8,33	3	25	2	16,67	4	33,33	2	16,67	-	-
solicitar a vacinação de HPV?												
	2	16,67	3	25	1	8,33	2	16,67	3	25	1	8,33
solicitar a vacinação de Hep B?												
	1	8,33	3	25	1	8,33	2	16,67	5	41,65	-	-
realizar testes rápidos?												
	1	8,33	4	33,33	1	8,33	4	33,33	1	8,33	1	8,33
fazer tratamento de IST?												
	1	8,33	2	16,67	1	8,33	3	25	4	33,33	1	8,33

Fonte: ICAB-IS, 2022

2.3.4 Programa Saúde na Escola

As unidades de saúde, em sua maioria (83,33%), afirmam realizar ações voltadas à promoção à saúde e todas indicam participar do Programa Saúde na Escola (PSE). Dentro das ações realizadas nas escolas, a maioria das UBSs (91,67%) alega realizar planejamento conjunto entre a equipe e os profissionais da educação para a execução das mesmas. Em 5 (41,67%) relatam que prevenção sexual, como gestações e IST são demandas de saúde identificadas entre estudantes, o que é confirmado nas entrevistas, que porém citam a dificuldade de fazê-las devido a falta de recursos humanos.

Figura 12. Programa Saúde nas Escolas em Francisco Morato, 2022.

	n	%
Realiza ações voltadas à promoção à saúde		
Sim	10	83,33
Participa do Programa Saúde na Escola		
Sim	12	100,00
Realiza planejamento conjunto com profissionais da educação para realização das ações na escola		
Sim	11	91,67
As principais demandas atendidas de saúde identificadas nos estudantes		
Prevenção e Sexual (gestação e IST)	5	41,67
Outros temas	8	66,67

Fonte: ICAB-IS, 2022.

> **E2:** Tem um trabalho específico de IST e gravidez com adolescentes?
> **Entrevista 2:** PSE, mas é fraquinho.
> **E4:** PSE aborda temas de sexualidade?
> **Entrevista 2:** Sim, IST e gravidez.
> **Entrevista 2:** No PSE tem o acompanhamento das escolas Municipais que rola bem e é bacana, mas escolas municipais é até os dez 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.

Essas ações inclusive abordam a PREP e a PEP:

> **E3:** Essas palestras que vocês fazem nas escolas, vocês falam da PrEP e da PEP?
> **Entrevista 1**: Falamos.
> **E3**: Qual a frequência das palestras em escolas?
> **Entrevista 1:** É que assim, aqui o RH é muito curto, né.
>
> **E4:** Tem procura de adolescentes por esses testes rápidos?
> **Entrevista 1**: Tem, principalmente quando a gente dá palestra, aí chove [...] porque a gente faz palestra nas escolas, aí a gente orienta, né, que fazemos teste, aí vem todo mundo, vem uma turma.
> **E4:** Vocês têm alguma restrição?
> **Entrevista 1**: Não, a partir de 12 anos, se a pessoa vir, tipo, por livre e espontânea vontade e quer fazer o teste, a gente faz.

2.4 Discussão

Os comportamentos de risco entre os adolescentes são multifatoriais, podendo estar

relacionados com o gênero, vulnerabilidade social, vínculos sociais, entre outros.[12]O presente estudo partiu da perspectiva de análise da oferta de ações pela Atenção Básica referentes à sexualidade e atividade sexual de adolescentes[13]. Esse acesso é analisado a partir de três eixos principais: o cuidado fornecido na atenção primária; à demanda e busca de adolescentes pela atenção primária e/ou especializada; e as ações de promoção e prevenção à saúde sexual e reprodutiva.

2.4.1 Cuidado na Atenção Primária

Nas UBSs, foi possível observar que as principais ações de saúde sexual e reprodutiva são executadas pela Equipe de Enfermagem e ACS, e que esses estão entre os trabalhadores de maior déficit dentro do quadro profissional. A falta de profissionais gera consequências nos fluxos assistenciais, como por exemplo, restringir a realização de testagem rápida para dias específicos da semana ou com agendamento prévio.

Além disso, a rede especializada sinaliza a perda de oportunidade quando não há incentivo para a realização de teste rápido de IST quando adolescentes buscam a rede nas UBSs para a realização de teste de gravidez. Também verifica-se que há barreiras de acesso ao serviço devido à parcialidade por parte de alguns profissionais para a oferta de métodos contraceptivos aos adolescentes, como DIU e anticoncepcionais orais, bem como para a busca autônoma por vacinas contra IST.

É necessário valorizar todas as oportunidades que surgem quando adolescentes estão na UBS para fornecer informações claras e científicas, reforçando hábitos de prevenção e gerenciando riscos da prática sexual,[14,15] tem que ser garantida a capacitação de profissionais de saúde para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens de uma perspectiva multiprofissional;[5,15] assim como para que realizem o diagnóstico e garantam o tratamento, oferecem testes rápidos e aconselhamento de IST nas UBSs, aproveitando a oportunidades para reforçar a prevenção e facilitando atendimento.[14]

2.4.2 Demanda e Busca pela Atenção Primária

Alguns serviços assistenciais estratégicos, como procedimentos ginecológicos, tratamento de HPV, colocação de DIU, etc, são fornecidos especificamente na Casa da Mulher, bem como atenção sexual para tratamento de HIV/aids e utilização da PEP e da PrEP são realizados no CTA/COAS, ambos localizados na região central do município, onde a dificuldade de acesso se torna uma barreira o deslocamento e acesso para aqueles que residem em áreas periféricas pode ser um obstáculo para a procura assistencial, principalmente, pela

topografia acidentada do terreno.

Além disso, apesar de haver serviços de livre demanda como acesso à vacinação contra hepatite B e HPV, realização de testes rápidos e tratamento de IST disponíveis nas UBSs, a idade mínima para atendimento desacompanhado dos adolescentes,pressuposta pela equipe de saúde, de forma não protocolar e sem padrão entre UBSs do município são extremas barreiras para a atenção ao adolescentes e o exercício de seu direito à prevenção e ao cuidado em saúde sexual. O mesmo ocorre no acolhimento à demanda espontânea deste público, onde a barreira etária, já estabelece um impedimento para o agendamento de consultas (Figura 11).

Por isso, a Atenção Primária deve atuar no desenvolvimento de estratégias que envolvam os adolescentes em todos os atendimentos, de forma a aumentar a cobertura vacinal,[5'14], e a promoção do cuidado. É preciso também um monitoramento dos perfis deste público e daqueles mais vulneráveis de uma forma sistematizada, de forma a combater vulnerabilidades, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A resolutividade, que parte de uma perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, é estabelecida como um eixo central para esta promoção.[16]

2.4.3 Promoção a saúde sexual e reprodutiva

Foi constatado que as gerências das UBS têm uma percepção do alto índice de gravidez na adolescência e do aumento nos casos de sífilis na comunidade, que se constituem como uma preocupação. Esse aumento parece ser consequência da baixa promoção da prevenção, da falta de possibilidade de atenção autônoma dos adolescentes, mas também devido ao fluxo de tratamento ser ineficiente, muitas vezes até impactado pela falta de medicamentos. O alto índice de sífilis também é um alerta, revelando a prevenção ineficaz, praticamente só realizada entrea as gestantes, desprezando os casos crescentes de sífilis adquirida sexualmente, das infecções por HIV/aids[13], bem como o alto risco à gestação na adolescência verificado no município, que revelam que a proteção nas relações sexuais não vem sendo alvo de ações.

Para assegurar a maior resolutividade nas ações de atendimento à saúde sexual é também preciso trabalhar em rede, instigar a atuação de adolescentes e jovens nas ações de produção da saúde, atuar com escolas e outros equipamentos públicos, a fim de promover a redução de desfechos indesejáveis como gravidez não planejada e/ou infecção por IST.[15] Infelizmente, a atuação do PSE não garante seu atendimento nas UBSs, apenas fica registrado que felizmente gerar certo aumento na procura de jovens pelo CTA, onde finalmente encontra

assistência para demandas de saúde sexual e reprodutiva, sem restrições, fato que se contrapõe ao argumento de que haja pouco interesse de adolescentes e jovens nas ações promovidas.

A linguagem e abordagem utilizada para a atuação com adolescentes são também fundamentais para promover a compreensão das mensagens preventivas e de assistência à saúde. Os tabus que alguns profissionais apresentam no atendimento a este público tem grande potencial de influenciar a sua prática de trabalho no acolhimento desse público.[13]A negação do desejo sexual dos adolescentes e as tentativas de postergação das práticas sexuais presentes na cultura brasileira e creditadas por vários profissionais de saúde,[13] não anulam as necessidades e práticas e realidades que os adolescentes brasileiros vivem.

Também destaca-se neste trabalho, a atuação do núcleo LGBT do CIC de Francisco Morato, serviço específico que, em diálogo com a CTA, mostra que é possível promover estratégias para a atenção e prevenção da saúde de grupos específicos, para além das dificuldades impostas pelas estruturas físicas dos serviços. Este trabalho conjunto, se fosse encampado pelas UBSs permitiria captar públicos de grande vulnerabilidade, como os adolescentes, pessoas LGBT, adolescentes LGBT e pessoas em situação de prostituição. Essa e outras parcerias do CTA permitiriam a ampliação de vínculo e disseminação de informações.[17]

2.5 Conclusão

A autonomia de adolescente na busca do cuidado à saúde sexual é prevista pelo ECA, assim como o Estatuto da Juventude, considerando o direito de que estes exerçam a sexualidade de forma livre e sem julgamentos. Levando em conta as múltiplas faces da integralidade do cuidado, para sua garantia os profissionais de saúde precisam ser capacitados para atendê-los de forma autônoma e sigilosa, como orienta o Ministério da Saúde, de forma a fornecer acesso aos serviços e ações de saúde sem distinção e discriminação, tal como fazem com a população adulta de usuários.

As barreiras encontradas para o acesso de adolescentes à saúde de Francisco Morato, mostram que ausência de protocolos, rotinas e fluxos de ações quanto ao planejamento da atenção em saúde sexual e reprodutiva precisam ser repensados e atualizados neste e, provavelmente na maioria dos municípios brasileiros.

Para que a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral previstos no Estatuto da Juventude seja cumprida, é necessário o desenvolvimento de ações articuladas, em rede, entre os serviços de saúde e os estabelecimentos de ensino. Promover tal articulação é uma potencialidade estratégica na promoção do cuidado ao público adolescente e jovem.

2.6 Referências

1. Fiocruz. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29862/PLANEJAMENTO%20REPRODUTI%20VO_O%20QUE%20H%C1%20DE%20NOVO%20E%20AL%C9M%20DO%20PLANE%20JAMENTO%20FAMILIAR.pdf/edit?sequence=2>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2017). Disponível <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>
5. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
6. Brasil. Lei 12.852, de 5 de agosto de 2013.Dispõe sobre o Estatuto da Juventude.
7. IBGE. IBGE divulga uma década de informações sobre a saúde dos escolares | Agência de Notícias [Internet]. Agência de Notícias - IBGE. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34340-ibge-divulga-uma-decada-de-informacoes-sobre-a-saude-dos-escolares>
8. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Rede municipal oferece preservativos como método contraceptivo e de proteção. Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. www.prefeitura.sp.gov.br. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=333407#:~:text=Segundo%20levantamento%20realizado%20pelo%20Instituto,%2C5%25%20para%2059%25>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores Hepatites - DCCI [Internet]. indicadoreshepatites.aids.gov.br.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores Sífilis -

DCCI [Internet]. indicadoressifilis.aids.gov.br.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros [Internet]. indicadores.aids.gov.br.
12. Heaven PCL. Adolescent Health: The role of individual differences. Psychology Press, 2002; 201p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 176 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 69)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf>
15. São Paulo. Ministério da Saúde, Ministério da educação. Orientações Gerais sobre as ações de Direitos Sexual e Direito Reprodutivo e Prevenção das IST/AIDS e Hepatites Virais no Programa Saúde na Escola. 7p. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/programas045.pdf>
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
17. Brasil. Centro de Referência e Treinamento DST/aids Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde Série: Prevenção às DST/aids.

REFERÊNCIAS

1. Fiocruz. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29862/PLANEJAMENTO%20REPRODUTI%20VO_O%20QUE%20H%C1%20DE%20NOVO%20E%20AL%C9M%20DO%20PLANE%20JAMENTO%20FAMILIAR.pdf/edit?sequence=2>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2017). Disponível <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>
5. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
6. Brasil. Lei 12.852, de 5 de agosto de 2013.Dispõe sobre o Estatuto da Juventude.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília, 1999. p. 90 1.Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Diretrizes I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf>

9. IBGE. IBGE divulga uma década de informações sobre a saúde dos escolares | Agência de Notícias [Internet]. Agência de Notícias - IBGE. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34340-ibge-divulga-uma-decada-de-informacoes-sobre-a-saude-dos-escolares>
10. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Rede municipal oferece preservativos como método contraceptivo e de proteção. Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. www.prefeitura.sp.gov.br. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=333407#:~:text=Segundo%20levantamento%20realizado%20pelo%20Instituto,%2C5%25%20para%2059%25>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores Hepatites - DCCI [Internet]. indicadoreshepatites.aids.gov.br.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores Sífilis - DCCI [Internet]. indicadoressifilis.aids.gov.br.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. e-SUS Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros [Internet]. indicadores.aids.gov.br.
14. UNFPA. Gravidez na adolescência [Internet]. UNFPA Brasil. 2018. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/gravidez-na-adolesc%C3%AAncia#:~:text=Cerca%20de%20380%20mil%20partos,Em%202019%20essa.>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 49 p. : il. <: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf>

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: Análise da organização da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde oferecido no Município de Francisco Morato

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que busca analisar a organização da rede de atenção à saúde no SUS oferecido no Município de Francisco Morato. A pesquisa tem como grupo de interesse profissionais e gestores nessa rede por meio de entrevista. Trata-se de um estudo descritivo, quali e quantitativo onde os dados serão coletados a partir de um roteiro com respostas livres, tem duração média de 40 minutos. A entrevista será gravada e os dados serão avaliados através de análise de conteúdo.

Quanto aos riscos ao participar dessa pesquisa, considera-se como mínimos, sendo que o você poderá se sentir desconfortável respondendo alguma questão, mas possui total autonomia para escolher não responder uma ou mais perguntas e ainda interromper ou retirar o consentimento da entrevista a qualquer momento, sem danos ou prejuízos para você ou seu trabalho. Além disso, você poderá solicitar os resultados da pesquisa a qualquer momento.

Sua participação é importante, pois irá gerar dados e informações essenciais para o conhecimento e entendimento da situação de saúde, assim como um panorama geral de políticas públicas do Município. As informações pessoais transmitidas aos entrevistadores são sigilosas, sendo assim, seu nome e qualquer outra informação não autorizada será divulgada.

Você receberá uma via do termo assinada pela pesquisadora responsável pelo estudo. Caso tenho alguma dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo, que pode ser localizada no Instituto de Saúde pelo telefone (11) 3116-8577 das 8h às 17h ou pelo e-mail reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br.

Esta pesquisa foi submetida a análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que visa a garantia dos direitos, da segurança, proteção e dignidade de seus colaboradores. O CEPIS é responsável por analisar e acompanhar o desenvolvimento da pesquisa e caso haja dúvidas ou perguntas relacionados às questões éticas poderá ser localizado no telefone (11) 3116-8567, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br, ou mesmo no endereço R. Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 9h às 16h.

Eu, _____, portador(a) do Registro Geral (RG)_____, declaro li os termos acima e estou ciente sobre os riscos e finalidades da pesquisa "Análise da organização da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde oferecido no Município de Francisco Morato", realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e aceito participar da mesma respondendo ao roteiro.

Consentimento livre e esclarecido

_____	_____
Assinatura participante	Assinatura responsável pela aplicação do roteiro

___/___/2022

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA - ATENÇÃO BÁSICA E UBS

1. Sobre a População Adolescente e Jovem Do Município:

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

2. Sobre Gravidez Na Adolescência No Município

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

3. Sobre a Atenção Ginecológica?

3.1. Há oferta de métodos contraceptivos para adolescentes? Quais os mais procurados/utilizados?
3.2. Quais as exigências para a oferta de contraceptivos para as adolescentes?
3.3. Há oferta de DIU? Em que serviços? Como está a procura e adesão?
3.4. Há oferta de Implantes? Em que serviços? Como está a procura e adesão?
3.5. E a oferta da contracepção de emergência? É feita para adolescentes? em que situações? Como está a procura?
3.6. E preservativos? Como está a busca por adolescentes? Ambos os sexos?
3.7. As adolescentes fazem papanicolaou? Em que situação?
3.8. Há um trabalho específico de prevenção de gravidez e IST com a população adolescente e jovem do município?
3.9. 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

4.1. Há monitoramento de casos de sífilis no Município? Em qual setor?
4.2. 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
4.3. Como é o fluxo da atenção na UBS?
4.4. 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

5.1. Há monitoramento de casos de hepatites no Município?
5.2. 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

5.3. Como está a vacinação por hepatite B no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens? De que perfil?

6. Sobre o HPV

6.1. Há monitoramento de casos de HPV no Município?
6.2. Todos os casos vêm para cá, inclusive os da UBS?
6.3. 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
6.4. E o tratamento? Como é feito? (Perguntar sobre jovem adolescente)
6.5. Como está a vacinação por HPV no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens?

7. Sobre o HIV

7.1. Tem casos de HIV detectados na UBS?
7.2. 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
7.3. Existem adolescentes infectados? De que perfil?
7.4. A UBS acompanha o tratamento feito no CRT? Como?
7.5. Têm busca da PEP – Profilaxia pós-exposição na UBS? Quem procura?
7.6. Têm busca da PrEP – Profilaxia Pré-exposição na UBS? Quem procura?

8. Sobre as buscas por testes rápido

8.1. 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
8.2. Adolescentes costumam buscar os testes rápidos? Que perfil de pessoas?

9. Sobre outras ISTs

9.1. Tem alguma outra IST que vocês observam relevante no Município?
9.2. 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

10.1. A população gay procura a UBS?
10.2. Possuem alguma demanda específica?
10.3. Há alguma ação específica com a população gay? Qual (is)?
10.4. Existem pontos de prostituição gay no município? Quais?

11. Com relação à população TRAVESTI e TRANSEXUAL FEMININA

11.1. A população trans procura as UBS?
11.2. Possuem alguma demanda específica?
11.3. Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização trans no município?
11.4. Há ações específicas com a população TRANS do município, qual(is)?
11.5. Vocês conhecem o Instituto Nice?
11.6. Existem pontos de prostituição TRAVESTIS no município? Quais?

12. Sobre adolescentes em situação de rua

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

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA - COORDENAÇÃO DE IST/HIV/COAS

1.Quais são os serviços de ISTs no Município?
2.Sobre a SÍFILIS:

<u>Casos em UBS</u>

2.1. Os casos de sífilis do município são monitorados? Em que setor?
2.2. 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?
2.3. Como é o fluxo de atenção na UBS?
2.4. E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

<u>Casos no CRT</u>

2.5. Os casos de sífilis do município são monitorados? Em que setor?
2.6. 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?

2.7. E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

3. Sobre a Hepatite B

3.1. Há monitoramento de casos de hepatites no Município? Por que setor?
3.2. Todos os casos vêm para cá, inclusive os das UBS?
3.3. 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?
3.4. Como está a vacinação por hepatite B no município?
3.5. Como está a vacinação por hepatite B no CRT? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens?

4. Sobre o HPV

4.1. Como estão os casos de HPV no município?
4.2. 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?
4.3. E os casos de HPV retal, como está?
4.4. Como está a vacinação por HPV no município?
4.5. Há procura da vacina de HPV no CRT? (E por adolescentes ou jovens?
4.6. Como está a vacinação de HPV entre pessoas vivendo com HIV?

5. Sobre o HIV

5.1. Como estão os índices de HIV no município?
5.2. 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?
5.3. Existem adolescentes com HIV? Que perfil?
5.4. Existe população de rua com HIV?
5.5. Como é o fluxo de atenção na UBS/CTA? Tem casos vindos de UBS?
5.6. E a adesão aos antirretrovirais? Quais principais problemas e dificuldades? Tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?
5.7. Como está a mortalidade por AIDS no município? Tem algum perfil pessoal predominante?
5.8. 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?

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

5.10. 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?

5.11. 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

6.1 Tem alguma outra IST que vocês observam relevante no Município?
6.2 Qual o perfil desses casos

---

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

7.1. Esta população procura o serviço?
7.2. Quais os pontos de encontro e concentração para socialização deste público no município?
7.3. Existem pontos de prostituição deste publico no município? Quais?
7.4. Há algum trabalho específico para a população gay do município, qual (is)?
7.5. Quais as demandas mais recorrentes desta população no serviço?

8. Com relação à população TRAVESTI e TRANSEXUAL FEMININA:

8.1. Qual o perfil típico das mulheres trans do município?
a) quanto cor, origem, renda;
b) e no comportamento sexual.
8.2. Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização trans no município?
8.3. Existem pontos de prostituição travesti no município? Quais?
8.4. Há trans em situação de rua no município?
8.5. Há um trabalho específico sobre IST com a população TRANS, qual(is)?
8.6. Quais as demandas mais recorrentes desta população no serviço?
8.7. Há atenção a essa população nas UBS?
8.8. Existe um trabalho multiprofissional sendo realizado com a população trans que frequenta o serviço?
8.9. Os serviços de saúde adotam o nome social? Quais serviços?
8.10. Vocês conhecem o Instituto Nice? O que sabem sobre lá?