Adolescências e Tessituras

Clínica do adolescente em atendimento socioeducativo e o trabalho em equipe no território vivo: prática clínica no socioeducativo

4

Livro

Clínica do adolescente em atendimento socioeducativo e o trabalho em equipe no território vivo: prática clínica no socioeducativo

Livro 4

Adolescências e Tessituras

Comissão editorial

Cristiane Grillo

Ana Paula Martins Lara

Andréa Chicri Torga Matiassi

Anna Karina Martins de Oliveira

Bárbara Oliveira Batista

Bianca Ferreira Rocha

Jacyane Melo de Oliveira Santos

Larissa Emerick

Laura Lemos Avelar

Marcella Hannah Nunes Urubatã

Mariana Prado de Souza

Marina Diniz Luna do Nascimento

Rejane Ferreira dos Reis

Silvia Coutinho Souza Lima

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

EXPEDIENTE

Ministério da Saúde

MINISTRO
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS

SECRETÁRIA
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

COORDENAÇÃO-GERAL DE ACESSO E EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CGAEQ
Lilian Silva Gonçalves

Coordenação de Atenção as Pessoas em Conflito com a Lei – COAPC

COORDENADORA
Ethel Proença Braga

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

REITOR
Alessandro Fernandes Moreira

VICE-REITOR
Alamanda Kfoury Pereira

Faculdade de Medicina da UFMG

DIRETORA
Andréa Maria Silveira

VICE-DIRETORA
Zilma Silveira Nogueira Reis

Departamento de Medicina Preventiva e Social

CHEFE DE DEPARTAMENTO
Alzira de Oliveira Jorge

Projeto Adolescências e Tessituras

COORDENAÇÃO GERAL
Cristiane de Freitas Cunha Grillo

COORDENAÇÃO ACADÊMICA
Marília Faleiro Malaguth Mendonça

COORDENAÇÃO TÉCNICA
Vinício Araújo Martins

ASSESSORIA DA COORDENAÇÃO GERAL E TÉCNICA
Ana Luiza de Oliveira Moreira

ASSESSORIA DE METODOLOGIA
Patrícia Regina Guimarães
Thereza Christina Portes Ribeiro de Oliveira

CONSULTORIA
Eloisa Grossman
Juliana Maddalena Trifilio Dias

COORDENAÇÕES TERRITORIAIS
Andréa Chicri Torga Matiassi
Bianca Ferreira Rocha
Bruna Simões de Albuquerque
Gabriela Antunes Ferreira
Gisele Araújo Magalhães
Lisley Schlens Braun
Marina Diniz Luna do Nascimento
Patricia Spyer Prates
Rejane Ferreira dos Reis

ASSESSORIAS TERRITORIAIS
Bárbara Oliveira Batista
Esther Maria Dias Kfuri
Isabella Barbosa de Paiva Diniz
Larissa Brunna Marques Emerick
Laura Lemos Avelar
Marcella Hannah Nunes Urubatã
Mariana Prado de Souza
Mateus Henrique Santos de Souza Jr.
Silvia Coutinho Souza Lima

Grillo, Cristiane de Freitas Cunha [G859c]
Clínica do adolescente em atendimento socioeducativo e o trabalho em equipe no território vivo: prática clínica no socioeducativo / Comissão Editorial: Cristiane de Freitas Cunha, Ana Paula Martins Lara, Andréa Chieri Torga Matiassi et al. Belo Horizonte: Projeto Adolescências e Tessituras, 2026.
119p.; + anexo – (Adolescência e Tessituras, v. 4).

ISBN: 978-65-977432-1-6

1. Adolescentes – Saúde. 2. Gravidez na adolescência. 3. Adolescentes - Comportamento sexual. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Adolescência --Cuidados dentários. I. Lara, Ana Paula Martins. II. Matiassi, Andréa Chieri Torga. III. Título. IV. Série.

CDU 159.922.8
CDD 155.5

Elaboração: Helenice Rêgo dos Santos Cunha – CRB 1461

Projeto gráfico
Julio Abreu

Diagramação
Julio Abreu
Nathália Guedes Lobato Tavares

Revisão
Diogo da Costa Rufatto

Produção editorial
Ana Clara Bastos

Sumário INTERATIVO

O acompanhamento de saúde de adolescentes 8
- Adolescentes precisam se consultar? 9
- A importância e as particularidades do atendimento com adolescentes 12
- Eixos do acompanhamento de saúde de adolescentes 18
- Ao final, vamos sintetizar os pontos mais importantes do capítulo? 29
- Referências bibliográficas 30

Contracepção e gravidez na adolescência 33
- Consulta ginecológica do/a adolescente 34
- Anamnese 37
- Contracepção 40
- A escolha do método contraceptivo 41
- Análise do uso dos métodos contraceptivos na adolescência 46
- Dispositivo intrauterino (DIU) com cobre e sistema intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel 48
- Métodos hormonais 50
- Métodos cirúrgicos permanentes (vasectomia e laqueadura tubária) 58
- Conclusão 58
- Gravidez na adolescência 59
- Referências bibliográficas 63

Direitos sexuais e reprodutivos na socioeducação: desafios ético-políticos na garantia da proteção integral 68
- Introdução 69
- Mas afinal, o que são os direitos sexuais e os direitos reprodutivos? 70
- Um breve histórico da origem da agenda dos direitos 71

Quais são os princípios da Atenção Primária à Saúde que orientam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos? 73
Enquanto profissional de uma unidade de saúde, quais ações devo realizar para garantir esses direitos? 74
Mas posso realizar essas ações com adolescentes que estão nas unidades de internação? 75
Diretrizes que devem orientar a atuação dos/as profissionais e das equipes de saúde 76
Negar é violar: os obstáculos à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes 78
Como é possível enfrentar essas barreiras? 81
Como avançar para proteger e garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes em atendimento socioeducativo? 83
Considerações finais 84
Referências bibliográficas 85

Saúde bucal na atenção integral aos adolescentes em atendimento socioeducativo 90
Saúde bucal e adolescências 91
Saúde bucal e os/as adolescentes em atendimento socioeducativo 93
Trilhando a jornada do cuidado 94
A quem esse cuidado se destina? 95
Como podemos promover o cuidado? 97
Com quem e onde esse cuidado acontece? 98
Quando esse cuidado deve acontecer? 99
Na prática, como isso pode ser feito? 100
Integrando a saúde bucal na avaliação de risco dos/as adolescentes 101
Impactos orais do uso de drogas: o olhar da APS e a abordagem interprofissional 104
Caminhos, oportunidades e sorrisos 104
Referências bibliográficas 106

Bios dos autores 111
Lista de siglas 113
Glossário SUS 115
Glossário dos capítulos 118

O acompanhamento de saúde de adolescentes

Patrícia Regina Guimarães

O objetivo deste capítulo é discutir as particularidades do acompanhamento de saúde de adolescentes, sobretudo daqueles/as em atendimento socioeducativo.

Adolescentes precisam se consultar?

A cultura de seguimento de saúde da criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida, se estabeleceu de forma consistente, e o calendário vacinal garante a presença de crianças até 4-5 anos de idade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma mais frequente. Após esse período, o mais comum é que as crianças mais velhas e os/as adolescentes compareçam por demandas agudas que persistem sem resolução espontânea em poucos dias.

"Adolescentes não vão à Unidade Básica de Sáude" – é o que dizem muitos/as profissionais da atenção primária, mas eles/as podem ser vistos/as acompanhando seus familiares em consultas, buscando medicamentos e atendimento odontológico, interesse de muitos/as. Costumam, também, retornar para consultas eletivas como pacientes apenas para o pré-natal, na gravidez na adolescência ou via socioeducação. Mas, diferentemente do acompanhamento na infância, a cultura do seguimento de saúde de adolescentes, tão importante na promoção de saúde e prevenção de agravos, encontra atrapalhos.

São adolescentes aqueles que se encontram entre 12 e 18 anos de idade de acordo com o ECA[1] e/ou entre 10 e 20 anos de acordo com a OMS.[2] Os jovens são aqueles que estão entre 15 e 29 anos de acordo com a OMS[3] ou até 29 anos de acordo com o Estatuto da Juventude.[4]

1 Brasil, 1990.

2 Brasil, 2007a.

3 Brasil, 2007a.

4 Brasil, 2013.

Essa lacuna deixa evidente a necessidade de ir ao encontro do/a adolescente e buscar ações que contribuam para que ele/a se sinta à vontade e possa contar com a UBS como o lugar de cuidado e saúde que ela é. É importante o desejo sustentado da equipe de receber esse/a adolescente, realizando um acolhimento mais aberto, flexível, desburocratizado e menos protocolar, que permita ao/à adolescente dizer o que o/a levou à UBS, se há algo que a equipe possa oferecer considerando seus interesses. Assim, um trabalho pode ser iniciado.

São inúmeras as possibilidades quando se está no território:

- O/a Agente Comunitário/a de Saúde (ACS) que encontra com o/a adolescente na rua e tem a chance de se aproximar.
- O/a jovem em atendimento socioeducativo que se queixa dos dentes, das espinhas, de uma cicatriz, da visão, de algo que aponte para a saúde e que permita o cuidado e a entrada de um/a profissional da equipe.
- A demanda que os/as profissionais da educação dirigem à equipe de saúde a partir das dificuldades escolares.
- A ida ao Centro de Saúde para levar ou buscar algo ou acompanhar alguém e que favorece a aproximação de um/a enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem, recepcionista, porteiro/a, enfim,

alguém que perceba a sua presença e possa fazer dela uma oportunidade para o acompanhamento.

Em muitos locais, temos a presença ostensiva de grupos de adolescentes e jovens na vizinhança da UBS explorados pelo tráfico e invisíveis como usuários da assistência à saúde.

Os aspectos preventivos do acompanhamento de saúde por uma equipe que conhece o/a paciente, suas questões, demandas, vulnerabilidades e necessidades são potencializados quando é construída uma relação de confiança. E, a partir do vínculo que se estabelece, é possível acolher um sofrimento ou questão, independentemente da categoria profissional.

Adolescentes estão sujeitos/as a intercorrências agudas, como doenças infecciosas e parasitárias, mas também a problemas dermatológicos; ginecológicos; ortopédicos; endocrinológicos; às dúvidas sobre métodos contraceptivos; às inseguranças quanto às mudanças em seu corpo, quanto às relações amorosas, familiares; aos problemas na escola; aos transtornos alimentares, apenas para citar alguns exemplos. Vale destacar, porém, que a principal causa de morte de adolescentes no nosso país são externas: as mortes por acidentes e violências, com ênfase nos homicídios de adolescentes negros do sexo masculino, sinalizando **a ponta do iceberg** do grave problema que é o racismo.[5]

5 Grillo *et al.*, 2022; Guimarães, 2022; Cerqueira *et al.*, 2025.

VOCÊ SABIA?

A morte violenta é a principal causa de óbito de jovens entre 15 e 29 anos no Brasil. Em 2023, 34% das mortes de jovens no país foram consequência de homicídios.[6]

Para saber mais, acesse o *Atlas da violência* 2025.

6 Cerqueira et al., 2025.

Diante do exposto, nos perguntamos: adolescentes precisam se consultar?! A resposta é **sim**, e, mais que realizar uma consulta isoladamente, adolescentes precisam ser acompanhados/as na sua saúde, na sua adolescência!

Vamos conversar sobre como fazer esse atendimento?

Para saber mais: qual a diferença entre acompanhamento em saúde e consulta?

Quando falamos em **acompanhamento em saúde**, estamos enfatizando que há o seguimento do/a paciente pela equipe de saúde ao longo do tempo, com uma sequência de encontros que vai variar de acordo com a necessidade, pensando não apenas nas intercorrências orgânicas, mas também na adolescência e na promoção da saúde.
A **consulta** seria algo pontual, uma avaliação transversal do/a paciente, por isso, com limitações.

A importância e as particularidades do atendimento com adolescentes

Quais são as particularidades no atendimento de adolescentes?

Há diferenças no atendimento de adolescentes em atendimento socioeducativo?

A adolescência é um momento de travessia da infância para a vida adulta, de (re)construção da identidade e de conquista da autonomia. Sem um evento que marque de maneira universal a entrada na vida adulta, cada adolescente fará esse caminho de forma singular, experimentando, buscando amparo nas relações, se diferenciando e, por vezes, adotando comportamentos de risco.

Quando adolescentes chegam para atendimento, trazem consigo as questões que os/as afligem. "O adolescente não deixa a sua adolescência em casa para se consultar" ou estar em quaisquer espaços.[7] Assim, é importante que nós, profissionais da saúde, estejamos receptivos/as aos desafios enfrentados nessa fase. Vale destacar ainda que nem todo sofrimento implica em uma demanda de atendimento em saúde mental, o/a adolescente pode ser ouvido/a e acolhido/a por quem o/a recebe, a partir do vínculo de confiança estabelecido, seja qual for a categoria profissional.

7 Brasil, 2007b.

Essa mesma acolhida acontece com o/a adolescente em atendimento socioeducativo, sobretudo no meio fechado. Para ele/a se somarão, a todas as particularidades da adolescência, o sofrimento de estar privado/a de liberdade, submetido/a a normas que não observam suas necessidades como sujeito em desenvolvimento, longe dos seus familiares e pontos de apoio construídos.

A garantia dos direitos dos/as adolescentes pela equipe de saúde é fundamental para o acompanhamento e na construção do vínculo de confiança com o serviço. Adolescentes têm direito à privacidade, ao sigilo, à autonomia, sendo que esta varia conforme seu amadurecimento, devendo ser acompanhada pelos/as profissionais a cada encontro.

Lembrando alguns conceitos:[8]

Privacidade: direito que o/a paciente tem de limitar o acesso à própria pessoa e à sua intimidade.

Confidencialidade: direito de preservar suas informações pessoais, de acordo com a sua capacidade, mesmo em relação a seus pais e responsáveis. Há limites pelo risco da saúde e da vida.

Autonomia: significa autogoverno, autodeterminação e é a capacidade que o ser humano tem de tomar decisões sobre sua saúde, assumindo a responsabilidade sobre seu tratamento.

8 Brasil, 2007b.

VOCÊ SABIA?

Adolescentes têm o direito ao atendimento, mesmo sem acompanhante!

Para saber mais, acesse a Caderneta do(a) adolescente!

Conforme destacado, adolescentes têm direito ao atendimento garantido, mesmo quando não estão acompanhados/as pelo/a adulto/a responsável. Evidentemente, a abordagem pelo/a profissional deverá respeitar os limites da autonomia do/a paciente, mas ele/a pode e deve ser recebido/a e avaliado/a clinicamente, mesmo estando sozinho/a. Caso seja necessária a complementação da consulta com a presença de um familiar para obter uma informação relevante que ficou em falta ou oferecer uma orientação necessária aos cuidadores, um novo encontro pode ser agendado ou pode-se lançar mão do ACS, assistente social ou outra estratégia para que as observações cheguem aos responsáveis.

É importante lembrarmos que adolescentes têm direito à privacidade, garantindo esse direito caso o/a profissional opte por chamar alguém da equipe para permanecer no consultório durante a realização do exame.

Quando comparece acompanhado/a, é necessário garantir ao/à adolescente um momento a sós com o/a profissional que realiza seu atendimento. Ainda que o/a acompanhante insista que não é necessário, devemos nos desdobrar para que a privacidade do/a paciente seja garantida. Caso não seja possível por algum motivo, precisamos registrar no prontuário que não houve momento apenas com o/a paciente e tentar esse procedimento na próxima oportunidade. Caso o/a profissional perceba que é necessário por algum motivo, pode combinar com o/a adolescente de chamar alguém com quem ele/a se sinta confortável para que o exame físico aconteça. Não é possível saber, a priori, como o/a adolescente fará uso desse tempo da consulta, por isso é tão importante que nós possamos resguardar **o direito à privacidade**. Isso inclui a consulta aos/às adolescentes privados/as de liberdade ou em atendimento socioeducativo. Lembrando que **a algemação de adolescentes no atendimento de saúde é uma prática proibida por lei, que fere seus direitos e viola princípios éticos e de dignidade, além de causar constrangimento e prejuízo ao cuidado**.

O sigilo previsto nos atendimentos na área da saúde deve ser prioridade e respeitado, observando-se os limites previstos, e, mesmo nas situações necessárias, o rompimento do sigilo deve acontecer de forma ética e com a participação ativa do/a adolescente para estabelecer a forma como essa revelação será feita.

Deve-se ter a atenção de, no atendimento de adolescentes em atendimento socioeducativo, ressaltar que a consulta integra um espaço de saúde e cuidado, e que funciona de maneira independente da medida

socioeducativa. Para isso, é fundamental que o atendimento aconteça em uma instituição de saúde, fora da unidade de internação, pois em um local fora da unidade socioeducativa há possibilidade de o/a adolescente se sentir à vontade para falar de si.

Os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes devem ser observados. Assim, diante de adolescentes que iniciam a vida sexual, deve-se fazer todas as orientações necessárias para um exercício seguro da sexualidade, com oferta de métodos anticoncepcionais, mesmo com os/as adolescentes menores de quatorze anos, desde que a possibilidade de violências seja responsavelmente afastada. Para isso, o/a profissional deve conhecer detalhadamente a história do/a seu/sua paciente, acompanhá-lo/a de perto, descartando quaisquer nuances de violências e registrando no prontuário esse acompanhamento próximo e responsável, em que a anticoncepção jamais aconteça como um ato de conivência do/a profissional com uma situação de violência contra o/a adolescente.[9]

9 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

ESTUDO DE CASO

Ana Clara, 14 anos, procura a Unidade Básica de Saúde espontaneamente. Diz que está em um namoro há cerca de cinco meses e que, nas últimas semanas, começou a pensar na possibilidade de iniciar atividade sexual com o parceiro, que tem 15 anos. Relata que ainda não teve relação sexual, mas quer saber como se proteger antes de decidir. Diz sentir vergonha de conversar com a mãe, pois teme ser julgada. Durante a consulta, Ana Clara demonstra timidez, mas se abre progressivamente conforme percebe acolhimento. Pergunta se sua mãe será informada da conversa e expressa preocupação com privacidade. É explicada a ela a política de sigilo para adolescentes no serviço de saúde.

Os/as adolescentes podem acessar o serviço de saúde para buscar orientações sobre o uso de métodos contraceptivos, para tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e para realizar o pré-natal. O acolhimento, a escuta e a orientação desse público são de extrema relevância para que eles/as possam ter um lugar seguro para falar das questões sexuais e reprodutivas.

Para aprofundar mais na discussão sobre fatores técnicos e clínicos acerca da contracepção e gravidez na adolescência, leia o próximo capítulo "Contracepção e gravidez na adolescência" neste livro.

ACESSE MAIS

Para saber mais sobre o atendimento de adolescentes menores de 14 anos, acesse: https://sogipa.org.br/novo/adolescentes.pdf

Na assistência à saúde é importante lembrar que adolescentes privados de liberdade não têm acesso ao preservativo masculino, mesmo que tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos por lei. Esta falta de acesso vulnerabiliza ainda mais adolescentes que se relacionam sexualmente com outros do mesmo sexo, com risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis.

O acolhimento da família muitas vezes se faz necessário para que o atendimento e acompanhamento de adolescentes aconteça de forma mais efetiva. Nas situações de angústia e demanda dos familiares, quando precisam ser acolhidos, ouvidos e abordados, pode-se recorrer a outro profissional da equipe, garantindo que o espaço de atendimento do/a adolescente fique preservado. Nesses

casos, é importante que os diferentes profissionais que atendem a família se encontrem para discussão, com o cuidado de não expor familiares e pacientes na comunidade e com atenção para não compartilhar com quem está em atendimento o que foi falado na outra consulta, fragilizando a confiança tão necessária entre o/a paciente e a equipe de saúde.

Para o/a adolescente privado/a de liberdade é fundamental que o prontuário de saúde da unidade socioeducativa esteja disponível para a equipe e que a referência técnica do/a adolescente na medida o/a acompanhe, pelo menos na primeira consulta e sempre que for necessário.

IMPORTANTE

O trabalho com o/a adolescente deve se basear no **acolhimento** que está ligado a uma postura ética, de escuta e de construção de vínculo de confiança, indo muito além da **triagem** que avalie apenas de forma técnica e objetiva a necessidade orgânica do/a paciente.

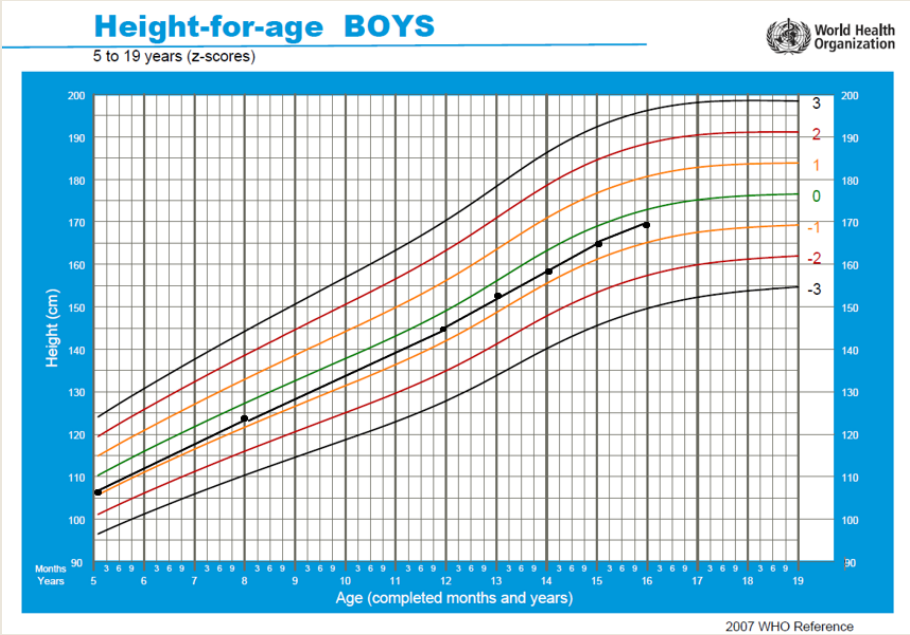
Nosso trabalho com adolescentes deve ser desburocratizado, para que possamos acolher com dignidade suas falas e demandas.

Eixos do acompanhamento de saúde de adolescentes

A consulta de adolescentes segue eixos gerais de saúde semelhantes aos que são usados para o acompanhamento de crianças, como a avaliação do crescimento, do desenvolvimento puberal, da alimentação, do sono, da atividade física, da vacinação e da saúde bucal, incluindo a prevenção de acidentes e violências, além de outros mais específicos.

Para a avaliação do crescimento, são usadas as curvas de estatura e índice de massa corporal (IMC) da Organização Mundial de Saúde (OMS), presentes também na *Caderneta de adolescentes: sexo masculino e sexo feminino*. Atenção: crescimento não se refere apenas ao ganho em estatura! Há aumento também de peso e mudança no IMC! A interpretação segue os parâmetros usados na infância: as curvas devem estar regulares, ascendentes e paralelas às curvas de referência encontradas nos gráficos. Além disso, as medidas para o IMC devem estar entre -2 e +1 escores-z e, para estatura, entre -2 e +2 escores-z. É importante mostrar ao/à adolescente suas medidas nos gráficos, explicando como ele/a se encontra em relação ao seu crescimento. Alguns exemplos de curvas podem ser vistos a seguir:

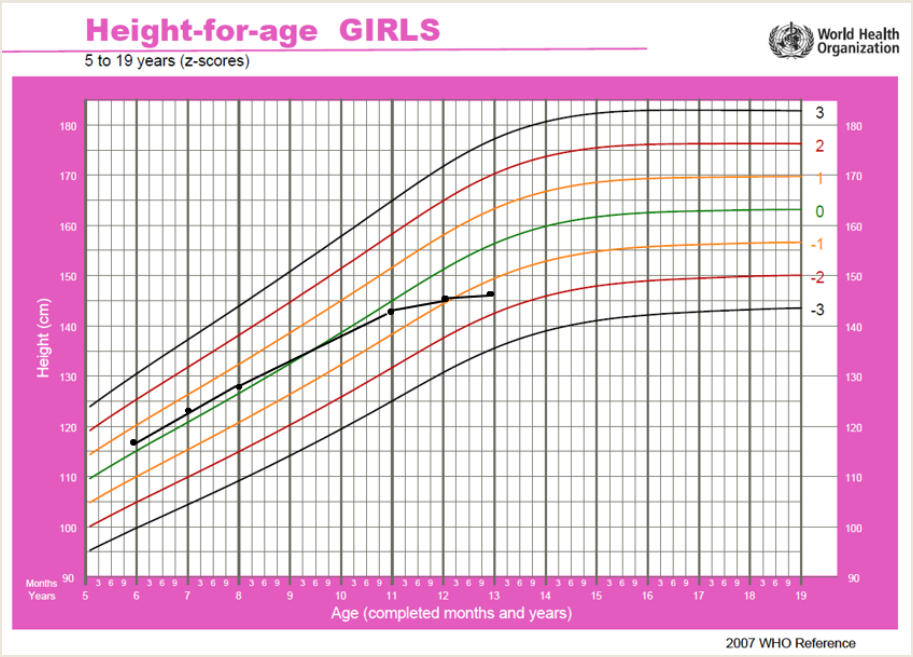
Figura 1 – Gráfico refletindo crescimento em estatura adequado



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2007

O gráfico representa o crescimento em estatura de um jovem de 16 anos. Percebe-se que a curva formada com as medidas do paciente apresenta trajetória regular, ascendente e paralela às curvas-padrão e está entre os escore-z -2 e +2, sinalizando crescimento adequado em estatura.

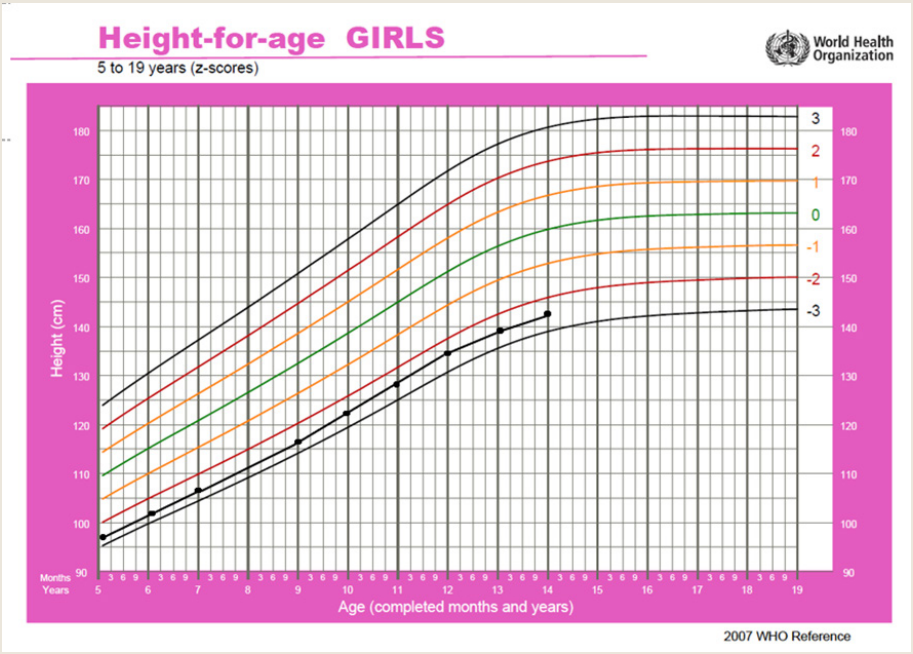
Figura 2 – Gráfico refletindo crescimento em estatura inadequado



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2007

Nota-se, no gráfico acima, que a curva formada com as medidas de estatura da adolescente de 13 anos perdeu o paralelismo com as curvas de referência, com saída do canal de crescimento da paciente, o que pode indicar um problema de saúde que deve ser investigado.

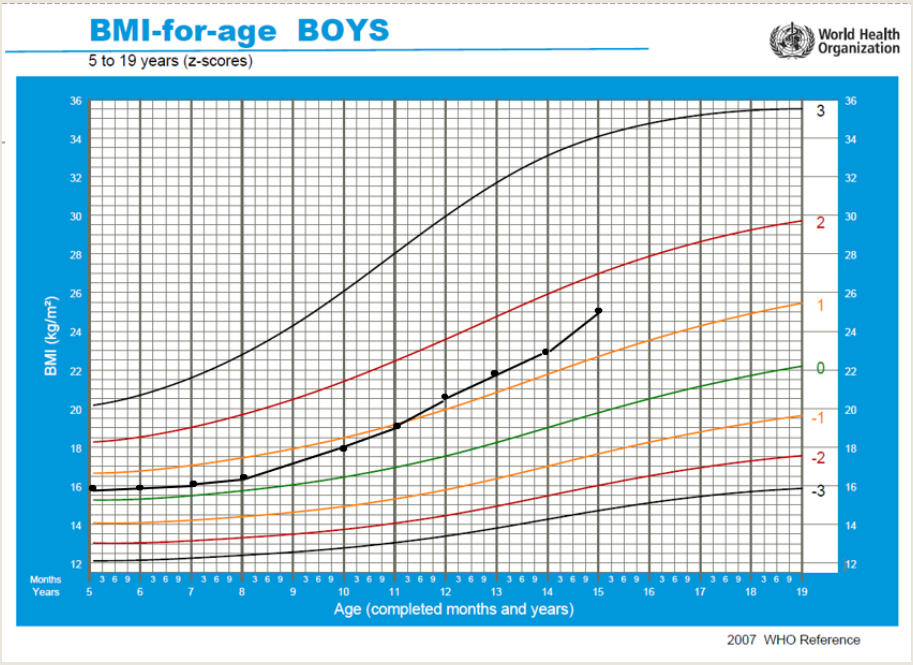
Figura 3 – Gráfico refletindo crescimento em estatura inadequado



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2007

A Figura 3 também apresenta uma situação que precisa ser investigada, pois a curva de estatura se encontra fora dos escores-z de referência, abaixo do -2 escore-z, apesar de apresentar trajetória regular, ascendente e paralela às curvas-padrão.

Figura 4 – Gráfico refletindo crescimento inadequado por elevação do IMC acima do esperado



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2007

Nesse gráfico, percebe-se a perda de paralelismo da curva de IMC em relação às curvas-padrão, demonstrando um ganho de peso em relação à estatura acima do esperado para o/a paciente.

O sono é um tema importante a ser abordado, e seu excesso ou escassez com frequência aparece como queixa na consulta, seja pelo/a paciente ou familiar. O abuso de telas deve ser investigado, mas mantendo o olhar para as singularidades, tentando perceber o que está encoberto pelo excesso do uso. Para o/a adolescente privado/a de liberdade, soma-se a necessidade de dormir em quartos que são celas, muitas vezes em condições precárias de conservação, junto a outros/as jovens, seguindo horários pré-estabelecidos, lidando

com a angústia de estar distante de seus familiares ou longe de casa. São comuns relatos, feitos pelos/as adolescentes em atendimento socioeducativo, de pesadelos terríveis durante a noite, relacionados a experiências violentas, que fazem da hora de dormir um momento temido. É frequente a demanda de prescrição de medicação, tanto pela equipe da socioeducação como pelos/as adolescentes. Pensando nisso, os/as profissionais que recebem essas demandas devem estar atentos/as! É preciso uma avaliação crítica antes de prescrever, ou de encaminhar a quem prescreva, medicações indutoras de sono. Para essa avaliação, podemos pensar em quais ações de saúde estão promovendo o bem-estar dos/as adolescentes e quais respondem a uma demanda do sistema socioeducativo, que usa a medicalização como forma de contenção, para que os/as adolescentes não expressem seus sofrimentos.

No seguimento de saúde da criança, o calendário vacinal em dia é uma prioridade e, de forma geral, a família e a equipe de saúde ficam atentas. Porém, em relação à adolescência, essa vigilância se perde com frequência e é comum recebermos adolescentes com vacinas em atraso. No caso de adolescentes em atendimento socioeducativo, a dificuldade de se conseguir recuperar o registro vacinal associada à falta de vínculo com a equipe de saúde de referência agrava a situação. Não é incomum o/a adolescente não ter nenhuma das vacinas indicadas. Vale lembrar que a informatização dos registros vacinais não é uma realidade para todos os municípios e pode ter sido recém-implantada, o que também contribui com o problema.

Os impasses escolares são queixas frequentemente endereçadas à saúde. Para o/a adolescente em atendimento socioeducativo é comum uma trajetória marcada pela evasão escolar sem realização da busca ativa por parte da escola. Deve-se investigar todo o histórico de

saúde, desde a concepção, o pré-natal, as condições do parto, intercorrências, adoecimentos, acidentes, internações. É importante saber sobre as acuidades visual e auditiva, que impactam no aprendizado. Déficits nutricionais, como a anemia ferropriva, também causam efeitos no aprendizado. Deve-se lembrar que adolescentes em atendimento socioeducativo constituem uma população vulnerável, que reúne a privação de vários direitos básicos, podendo apresentar múltiplas causas para déficits de aprendizagem. Via de regra, a trajetória nas medidas socioeducativas é precedida por um percurso de violações de direitos e de ruptura das diversas políticas públicas com os/as adolescentes e suas famílias.

A saúde bucal deve ser avaliada, sendo a assistência odontológica a porta de entrada para os cuidados de saúde para muitos/as adolescentes. A autoimagem do/a adolescente pode estar comprometida por alterações dentárias, com prejuízo nos campos emocional e social.

A alimentação nessa fase pode seguir modismos, como a substituição de refeições por *fast food*, de leite e água por refrigerantes e sucos artificiais, levando a déficits de alguns nutrientes e elementos, como vitaminas, cálcio e ferro, além do excesso de outros, como sódio, açúcares e gorduras. Muitos/as adolescentes apresentam aumento de peso com a privação de liberdade, o que deve ser acompanhado, assim como seus efeitos. Observa-se uma alimentação de baixa qualidade nas unidades socioeducativas, com alto consumo de ultraprocessados **diariamente**, como margarina, sucos artificiais, apresuntado e achocolatado. As necessidades energéticas e de nutrientes essenciais para a adolescência muitas vezes não são atendidas com essa alimentação, podendo ter efeitos prejudiciais para a saúde e aumentar o risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis durante a medida socioeducativa.[10]

10 Souza; Magalhães; Santos, 2024.

É importante perguntar sobre os alimentos consumidos ao longo de 24 horas e ter atenção a comportamentos que apontem para questões com o peso e o corpo, como excessos e restrições. O Fascículo 5 do *Guia Alimentar para a População Brasileira* do Ministério da Saúde traz orientações alimentares para adolescentes, podendo ser utilizado como um instrumento de apoio na prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).[11]

11 Brasil, 2022.

A aquisição de massa óssea é gradual durante a infância e acelerada durante a adolescência, até o indivíduo atingir a maturidade sexual. Quase 50% da massa óssea são obtidos nessa fase, pois o acúmulo de cálcio é triplicado.[12]

12 Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.

O exercício físico deve ser estimulado e avaliado em relação ao uso de equipamentos de proteção, excessos, locais de prática, adequação do tipo à idade e desenvolvimento puberal, assim como o uso de anabolizantes e outras substâncias. A prevenção de acidentes deve ser feita de forma contextualizada à vida do/a adolescente.

O corpo tem um significado particular, e a observação de como o/a adolescente está lidando com as mudanças da puberdade deve ser ponto de atenção do profissional. Idade da menarca e de outros eventos da puberdade devem ser pesquisados, assim como seus efeitos subjetivos.

EVENTOS E CONCEITOS IMPORTANTES DA PUBERDADE

Primeiro sinal de puberdade no sexo feminino: surgimento do broto mamário (telarca).
Primeiro sinal de puberdade no sexo masculino: volume testicular de 4 mL.
Faixa etária para início da puberdade fisiológica feminina: de 8 a 13 anos.
Faixa etária para início da puberdade fisiológica masculina: de 9 a 14 anos.
Atraso puberal masculino: menino que, aos 14 anos, não apresenta nenhum sinal de puberdade. Atraso puberal feminino: menina que, aos 13 anos, não apresenta nenhum sinal de puberdade e/ou, aos 16 anos, não menstrua e/ou apresenta mais de cinco anos de intervalo entre telarca e menarca.[13]

13 Leal; Silva, 2014.

O exame físico deve ser completo, como na criança. A medida da pressão arterial, a avaliação da coluna vertebral e do desenvolvimento puberal são importantes. Deve-se ter atenção para a presença de escoriações, cortes e outras marcas no corpo do/a adolescente, assim como o que representam para cada paciente, já que não é possível saber, a priori, o significado para cada um/a. Ao perceber cortes ou outras marcas de automutilação, é importante abrir um momento de escuta para que o/a adolescente possa dizer do que se passa com ele/a, dando dignidade à sua palavra. Assim, pode-se ouvi-lo/a sem uma preconcepção do significado ali presente, mas atribuindo a gravidade necessária a esses sintomas, ainda que nem sempre apontem para um desejo de morte. Nesse sentido, esse dado é relevante para a construção do caso e pode ser discutido em equipe para avaliar a pertinência de uma escuta mais aprofundada, que pode ou não ser feita por um profissional de saúde mental.

A avaliação do desenvolvimento puberal deve ser feita utilizando as pranchas de Tanner, presentes na caderneta de adolescentes.

ACESSE MAIS

Para as pranchas de Tanner e muito mais, acesse as cadernetas de adolescentes: sexo masculino e sexo feminino.

Para uma adequada avaliação do crescimento, a classificação do estágio puberal é imprescindível, sendo a idade cronológica insuficiente para avaliação adequada.

DICA DE LEITURA

Para aprofundar mais no tema do desenvolvimento puberal, recomendamos a leitura do capítulo "Relações importantes entre o crescimento e o desenvolvimento puberal".

Fonte: Leal; Silva, 2014.

A abordagem da adolescência também é eixo fundamental no acompanhamento de saúde. Há várias definições para adolescência, mas a de Stevens[14] pode ser usada como um direcionador clínico. O autor conceitua adolescência como um sintoma, não no sentido médico, mas de uma possível resposta subjetiva às mudanças causadas no corpo pela puberdade. Assim, podemos acompanhar, a cada caso, as invenções criadas pelos diferentes sujeitos. Os comportamentos de risco adotados por vários/as adolescentes e outros sintomas podem ser, também, abordados considerando a singularidade.

14 Stevens, 2004.

Na consulta de adolescentes, podemos receber demandas que são trazidas pelos/as acompanhantes,

outras que os/as próprios/as adolescentes podem apontar, quando se sentem acolhidos/as e, também, as que os/as profissionais de saúde ou mesmo os dos setores da educação, assistência social ou socioeducação identificam. A clareza sobre a procedência de cada uma dessas demandas favorece a condução adequada do caso quando nos mantemos comprometidos/as com a escuta do/a adolescente – ou seja, acompanhando o/a adolescente naquilo que ele/a elege como sua demanda e nas demais que pudermos identificar.

O eixo final, que pode ser revisto a cada consulta, é a construção do caso e a condução do tratamento, que deve envolver todos/as os/as profissionais na discussão. Constatamos que esse momento de discussão pode, também, ser um momento de acolhimento e amparo para os/as profissionais da própria equipe, já que, muitas vezes, podemos experimentar angústia, ansiedade e impotência, entre outros sentimentos, frente aos impasses no atendimento de adolescentes.

EIXOS DO ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DO/A ADOLESCENTE

- Avaliação global de saúde, descartando-se doença orgânica.
- Avaliação da adolescência.
- Avaliação das demandas.
- Direção do tratamento.

Além da discussão entre os/as profissionais, a cada caso atendido é fundamental que a equipe de saúde reconheça e preserve o lugar de quem, realmente, ocupa o centro do cuidado: o/a adolescente, verdadeiro especialista de si, para, entre outras razões, que a técnica não se sobreponha na construção do cuidado.

Ao final, vamos sintetizar os pontos mais importantes do capítulo?

◢ Adolescentes precisam ser acompanhados/as nas questões relacionadas à sua saúde e ao momento da adolescência. Trata-se de um direito e uma estratégia para promover a saúde e prevenir agravos.

◢ O atendimento de adolescentes guarda particularidades que devem ser observadas, como os aspectos éticos que envolvem seu acompanhamento. Dentre eles, destacamos o direito ao atendimento mesmo sem a presença de acompanhantes, o direito à privacidade e a garantia do sigilo profissional.

◢ Nós, profissionais da saúde que atendemos adolescentes, devemos estar atentos/as aos percalços dessa fase da vida, considerando a forma singular com que cada um/a atravessa esse momento.

◢ O atendimento do/a adolescente em atendimento socioeducativo, principalmente em meio fechado, exige que consideremos, além da adolescência, o sofrimento em decorrência da privação de liberdade e a usual privação de direitos fundamentais que acompanham a maioria dos/as jovens até aquele momento.

◢ Na direção do tratamento, é fundamental o trabalho em equipe, a tessitura de uma rede viva e sob medida para cada caso, no campo da saúde e com as outras políticas públicas, além de considerar o/a adolescente como especialista de si. Além disso, é importante privilegiar outras formas dos adolescentes se expressarem para falarem de si, sejam elas artísticas, literárias ou poéticas. No capítulo “Arte na Espera: uma experiência artística

no espaço hospitalar" que está no volume 2 desta coleção você pode conhecer um pouco mais sobre um trabalho artístico no contexto da saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 5**: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo5.pdf. Acesso em: 12 nov. 2025.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* (Coords.). **Atlas da violência 2025**. Brasília: Ipea; FBSP, 2025. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17165. Acesso em: 21 set. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Atendimento de Adolescentes abaixo de 14 anos de idade**: Alerta de esclarecimento – Lei Federal Nº 12.015/2009. [*S. l.*]: FEBRASGO; SOGIA; SBP, 2021.

FERREIRA, R. A.; FONTES, M. J. F. Relação médico-paciente em pediatria. *In*: MARTINS, M. A. *et al*. (Orgs). **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 19-28.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha *et al*. Adolescência. *In*: VASCONCELLOS, M. C *et al*. **Ennio Leão Pediatria Ambulatorial**. 6 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2022. p. 1.879-1.887.

GUIMARÃES, Patrícia Regina. Acompanhamento de saúde na adolescência. *In*: GRILLO, C.; ROCHA, B.; MOURÃO, M. (Orgs.). **Janela da Escuta**: o adolescente especialista de si e a tessitura de uma rede sob medida. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022. p. 203-211.

LEAL, Marta Miranda; SILVA, Luiz Eduardo Vargas. Crescimento e desenvolvimento puberal. *In*: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência**: prevenção e risco. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 19-28.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Manual de alimentação**. 5. ed. São Paulo: SBP, 2024.

SOUZA, Mariana Prado de; MAGALHÃES, Gisele Araújo; SANTOS, Luana Caroline dos. **Alimentação em Unidades Socioeducativas em regime de internação de uma capital do sudeste brasileiro**: adequação nutricional do padrão estabelecido para as refeições. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

STEVENS, Alexandre. Adolescência, sintoma da puberdade. Clínica do contemporâneo. **Revista Curinga**, [*s. l.*], v. 20, n. 1, p. 27-39, 2004.

Contracepção e gravidez na adolescência

Cláudia Lúcia Barbosa Salomão

O atendimento a crianças e adolescentes é um evento frequente na nossa prática diária, o que demanda dos profissionais preparo técnico e habilidades para lidar com as questões específicas desse grupo. Esse atendimento faz emergir, por vezes, situações conflituosas relacionadas ao sigilo, às questões éticas e legais que precisam ser compreendidas e avaliadas pelo/a ginecologista e toda a equipe de profissionais da saúde envolvidas na assistência.[1]

1 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

Consulta ginecológica do/a adolescente

A adolescência é um período complexo na vida do indivíduo, compreendendo mudanças físicas e psicossociais intensas que culminam na aquisição do corpo adulto e na maturidade mental e reprodutiva. As adolescências, concebidas no plural, são experienciadas de forma singular e relacionadas aos contextos familiares, sociais e culturais, devendo ser sempre consideradas em sua multiplicidade. A atenção à saúde do/a adolescente deve levar em conta não apenas as peculiaridades do processo fisiológico, mas também as alterações emocionais que ocorrem nessa fase. O desafio do/a profissional da Saúde que lida com cuidado a adolescentes é prestar assistência preventiva, com ênfase na educação e orientação, objetivando não apenas o diagnóstico e tratamento das intercorrências médicas desse período, mas a identificação e antecipação de demandas não explicitadas.[2] A primeira

2 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

consulta ginecológica/hebiátrica pode ser muito intimidadora na adolescência, não apenas pelo receio do/a médico/a desconhecido/a e dos procedimentos do exame físico, mas também por abordar questões íntimas, como a menstruação e aspectos da saúde reprodutiva. É importante que a equipe de saúde seja receptivo/a e habilidoso/a para estabelecer uma relação de confiança e preparado/a tecnicamente para lidar com as questões físicas e emocionais que ocorrem na adolescência.[3] A consulta em saúde sexual e reprodutiva na adolescência apresenta, tecnicamente, muitos pontos em comum com aquela da mulher adulta, porém apresenta peculiaridades específicas do desenvolvimento físico e psicossocial, que muitas vezes trazem questões de cunho ético e legal que precisam ser bem avaliadas e conduzidas pelo profissional de saúde. O grande desafio no atendimento nessa faixa etária é estabelecer uma relação entre profissional da saúde/paciente empática, de confiança, com a privacidade e confidencialidade de informações, pois disso vai depender a maior adesão ao tratamento ou cuidado dispensado.[4]

3 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

4 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

Há que se ter um cuidado com o ambiente da consulta, que deve ser receptivo e direcionado para esse público, de preferência com horário separado dos/as pacientes adultos e das crianças. Disponibilizar material informativo na recepção com temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva estimula o/a adolescente a abordar essas questões durante a consulta. Muitas vezes o/a adolescente vem acompanhado por um/a adulto/a, em geral a mãe, e é preciso que o/a profissional de saúde /a tenha habilidade de conduzir a consulta de forma a incluir as informações do/a responsável e garantir o momento de privacidade do/a adolescente. É importante que o/a profissional de saúde / identifique a dinâmica da relação familiar e assuma uma postura profissional, sem tomar partido ou permitir que a

autoridade parental se interponha no relacionamento com o/a adolescente. É bom que estabeleça uma boa comunicação com o/a responsável/acompanhante presente na consulta, ouvindo suas demandas e coletando informações que muitas vezes não são de domínio do/a adolescente (história pregressa e familiar, uso de medicamentos, alergias medicamentosas, status do cartão de vacinas etc.), mas é fundamental que o/a profissional da saúde direcione a comunicação ao/à adolescente em primeiro lugar e que o/a estimule a interagir.

No atendimento a sós com o/a adolescente, é importante que o/a profissional de saúde estabeleça uma comunicação honesta e acessível, criando um ambiente de confiança, sem julgamentos, que permita a abordagem de temas mais íntimos. É fundamental pontuar, no início do atendimento, como será a dinâmica da consulta e do exame físico, e que nada será realizado sem a sua anuência, para que o/a adolescente se sinta mais seguro/a e participe ativamente do processo com o processo. A abordagem de temas sensíveis, como relacionamentos afetivos, relações familiares, sexualidade, hábitos de vida e uso de substâncias, por exemplo, deve ser objetiva, aberta e respeitosa, levando-se em conta a idade do/a adolescente, a capacidade de compreensão e questões culturais e religiosas específicas, quando presentes. Colocar de forma explícita o sigilo e a confidencialidade dos assuntos tratados no atendimento é fundamental para que ele/a se sinta seguro em partilhar informações sem reservas. Diante de situações conflituosas, em que haja necessidade de violação do sigilo profissional, faz-se necessário discutir previamente com o adolesente a necessidade de envolver pais/responsáveis.[5]

O/a/a ou profissional da Saúde que atende o/a adolescente tem papel fundamental na promoção da saúde

5 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

sexual e reprodutiva, não apenas quando demandado pelo/a paciente, mas de forma antecipada, estimulando o diálogo sobre as questões que envolvem o comportamento sexual seguro, a prevenção da gravidez e das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), com orientações sobre o uso da contracepção e do preservativo. Temas como relacionamentos abusivos, entre pares ou na família, violência sexual ou física, *bullying* e sofrimento psicológico não explicitados podem emergir e permitir ao/à profissional da saúde ajudar e promover o encaminhamento da situação. É muito importante que o/a profissional da saúde esteja atento/a e acolha o/a adolescente com questões relacionadas a intersexualidade, identidade e expressão de gênero, e orientação sexual. Pacientes de sexo biológico feminino que não se identificam como mulheres têm, algumas vezes, o/a profissional da equipe de Saúde da Família como o/a primeiro/a profissional a quem expõem suas questões. Esse/a deve atender de forma empática, perguntando no início por qual nome ele gostaria de ser chamado, ouvir suas demandas e orientar sobre os próximos passos a serem seguidos, com encaminhamento para serviço especializado se não se sentir habilitado/a a conduzir o caso.[6] Torna-se imperativo o acolhimento e respeito nessa assistência, dando atenção especial à identidade de gênero desse adolescente.

6 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

Anamnese

Identificar corretamente a motivação da consulta é fundamental para que se direcione o cuidado, mas é preciso estar atento/a para reconhecer situações de conflito ou demandas não explicitadas. Durante a puberdade, é muito importante:[7]

7 Marinho; Reis; Salomão, 2023.

◢ Caracterizar a periodicidade dos ciclos menstruais, duração e volume de sangramento, presença de dismenorreia (cólica) e/ou sintomas perimenstruais.
◢ Avaliar a prática sexual atual e/ou pregressa, ocorrência de evento obstétrico prévio (gravidez ou aborto), tipo de parceria sexual, uso de contracepção e de preservativo.
◢ Identificar as condições atuais de saúde, a presença de doenças sistêmicas, uso de medicamentos, tratamentos clínicos e cirúrgicos prévios, hábitos urinários e intestinais, alimentação, sono e prática de atividade física.
◢ Avaliar desempenho escolar/profissional e relacionamentos: familiar, entre pares, redes sociais, além do uso de álcool, tabaco, cigarro eletrônico e substâncias ilícitas.
◢ Avaliar o cartão de vacinas.
◢ Avaliar peso e estatura e índice de massa corporal (IMC); avaliar estado geral de saúde e dados vitais.
◢ Identificar e caracterizar o desenvolvimento puberal – estágios de Tanner.
◢ Avaliar as mamas.
◢ Proceder à palpação abdominal, com ênfase na região infraumbilical.
◢ O exame da genitália externa deve ser realizado por profissional da saúde habilitado/a, caso o/a adolescentepermitir. No/a paciente adolescente sexualmente ativo pode ser realizado o exame especular caso seja clinicamente indicado.
◢ Nos/as pacientes sexualmente ativos/as, é recomendado de rotina o rastreio anual de infecções de transmissão sexual, como clamídia, gonococo, vírus da imunodeficiência humana (HIV, em inglês *Human Immunodeficiency Virus*), hepatite C, hepatite B e sífilis.

A prescrição de métodos contraceptivos a adolescentes menores de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato ilícito por parte do médico e que o/a adolescente detenha capacidade de autodeterminação com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida.

A prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, inclusive menores de 14 anos, quando realizada em conformidade com os critérios clínicos de elegibilidade, as evidências científicas e os parâmetros técnicos vigentes, não configura ato ilícito, devendo ser orientada pelos princípios da proteção integral, da autonomia progressiva e do melhor interesse do adolescente. Nessas situações, desde que o(a) adolescente apresente capacidade de discernimento acerca da solicitação do método, de seus efeitos, cuidados em saúde e implicações relacionadas ao acompanhamento clínico, o acesso ao cuidado e à contracepção não depende, necessariamente, de autorização ou consentimento de pais ou responsáveis. Deve-se registrar em prontuário que o atendimento foi realizado desacompanhado, caso seja este o cenário que os/as adolescentes foram capazes de compreender as orientações dadas e conduzir-se por meios próprios, e que a contracepção foi indicada baseada nos princípios de proteção integral e do melhor interesse do/a adolescente. Bitzer *et al.*[8] enfatizam que, apesar das taxas de gravidez e aborto em adolescentes terem diminuído em vários países, o número de gestações não planejadas permanece inaceitavelmente alto; eles lembram que complicações associadas com estas gestações representam a segunda causa de morte entre mulheres de 15 a 19 anos.

8 Bitzer *et al.*, 2016.

Contracepção

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilize métodos contraceptivos de forma gratuita, ainda persistem barreiras importantes para o acesso de adolescentes à contracepção e às informações qualificadas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Entre os principais desafios observam-se dificuldades relacionadas ao acolhimento nos serviços, à insuficiência de ações educativas, à desinformação, aos estigmas e tabus sobre sexualidade, às desigualdades sociais e territoriais, bem como à fragilidade do diálogo entre adolescentes, famílias, escolas e serviços de saúde.

Nesse contexto, torna-se fundamental fortalecer estratégias intersetoriais entre saúde e educação, ampliando espaços de escuta, orientação e educação em saúde que abordem sexualidade, afetividade, prevenção das violências e das infecções sexualmente transmissíveis e planejamento reprodutivo de forma ética, baseada em evidências científicas, adequada à faixa etária e respeitosa às singularidades e aos direitos dos adolescentes. As ações devem considerar os princípios da proteção integral, da autonomia progressiva, da confidencialidade e do melhor interesse do adolescente, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas normativas do Ministério da Saúde.

As recomendações do Ministério da Saúde, alinhadas aos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos da Organização Mundial da Saúde (OMS), reforçam que a adolescência, isoladamente, não constitui contraindicação absoluta para a oferta de métodos contraceptivos. A escolha do método deve ocorrer de forma compartilhada, a partir de aconselhamento qualificado, escuta ativa e avaliação clínica individualizada,

considerando condições de saúde, preferências, contexto de vida, possibilidade de continuidade de uso e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis.

Também se observa que o êxito da contracepção na adolescência depende muito de como o método é prescrito, com aconselhamento e confidencialidade, que o fator aceitabilidade é o mais importante e que, para tal, custo razoável e facilidade de obtenção do contraceptivo contam, que em adolescentes de 14 anos ou menos, os indicadores são mais de fracasso do que de êxito e que a excelência da tecnologia contraceptiva, apesar de moderna, não se reflete no seu uso pelos/as adolescentes, em razão de seu alto custo e falta de informação disponível.

A escolha do método contraceptivo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que os/as adolescentes, quando saudáveis, poderiam fazer uso de qualquer método contraceptivo desde que se respeitassem fatores sociais, familiares e comportamentais avaliados de uma maneira individualizada, além de recomendar a apreciação de pontos como:[9]

- Aceitação e motivação: esse é um método que o/a paciente usará regularmente? A parceria participará? São casados?
- Eficácia: esse método protege de uma gravidez em coito não planejado?
- Número de parcerias sexuais.
- O/a paciente terá condições financeiras de manter o método por muito tempo?
- Segurança/risco: há contraindicações? Interage com outros medicamentos que o/a paciente já utilize?
- Frequência de atividade sexual.

9 World Health Organization, 2015; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018.

- Aspectos pessoais, familiares, religiosos, éticos e filosóficos influenciarão o uso do método?
- Manter a dupla proteção: o uso concomitante do preservativo.

O protocolo HEEADSSS (*Home/Education Employment/Eating Disorders/Activities/Drugs/Sexuality/Security/Suicide*) fazendo parte da anamnese é apoiado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.[10]

10 Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

Tabela 1 – Percentual de efetividade (eficácia) e continuidade de diferentes anticoncepcionais durante o primeiro ano de uso do método (OMS1).

ANTICONCEPCIONAL	USO		
	Perfeito ou correto	Habitual ou comum	Continuidade (%)
MUITO EFETIVOS			
Implante	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
Sistema intrauterino de LNG	0,2	0,2	81
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
DIU de Cobre	0,6	0,8	78
EFETIVOS			
Lactação e Amenorréia	0,9	2,0	(*)
Injetáveis mensais	0,3	3	56
Pílulas combinadas	0,3	3	68
Pílulas progestagênios	0,3	3	68
Anel vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
MODERADAMENTE EFETIVOS			
Condom masculino	2	16,0	53
Abstinência períodos férteis	2 a 5	(*)	51
Diagrama c/ espermicida	6	16	(*)
POUCO EFETIVOS			
Coito interrompido	4	27	42
Espermicida isolado	18	29	

Fonte: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2009)

Referências Bibliograficas: 1.WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4ª ed, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publication/2009/9789241563888_eng.pdf

Fonte: Finotti, 2015.

O documento *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* estabelece que somente a idade não é razão para atrasar o uso de qualquer método, salientando que, para adolescentes, o uso de métodos que não exijam um regime diário pode ser o ideal, que adolescentes casados/as são menos tolerantes em relação aos efeitos adversos com índices maiores de abandono do método escolhido, que a escolha do método pode ser influenciada por fatores como relações sexuais esporádicas e necessidade de esconder a atividade sexual ou uso de contracepção, e que se deve evitar que o custo do atendimento médico e do método em si limitem sua utilização.[11] As recomendações reforçam que a escolha do método deve considerar as preferências da pessoa, o contexto de vida e as questões culturais, a aceitabilidade, a possibilidade de continuidade de uso e eventuais barreiras de acesso, incluindo questões relacionadas à confidencialidade, custo e facilidade de utilização. A Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare[12] apoia a Organização Mundial da Saúde e reforça os benefícios dos métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCs, em inglês, *Long-Acting Reversible Contraceptives*), assim como a importância de acompanhamento médico próximo, principalmente no primeiro ano de uso, período de altas taxas de descontinuidade do método inicialmente escolhido.

A confidencialidade das informações prestadas no atendimento deve ser garantida, afim de ofertar uma possibilidade de escolha livre, baseada em informações técnicas, nos desejos e características individuais. Há diferença entre as eficiências teórica (uso sistemático) e real (uso típico) de cada método, e a possibilidade de abandono está relacionado à motivação e ao nível de instrução da adolescente.[13]

A Associação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras (FEBRASGO) apoia Bitzer *et al.*[14] nestas posturas-

11 World Health Organization, 2015; Rheme *et al.*, 2020.

12 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

13 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

14 Bitzer *et al.*, 2016.

-chave quando do aconselhamento contraceptivo para adolescentes pelo profissional de saúde.[15]

15 Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2016.

- **Acolher:** respeitar sua individualidade e privacidade, informar que não há necessidade de exame ginecológico inicial.
- **Conversar:** usar linguagem compreensível, escutar sem julgar, identificar necessidades pessoais, sociais e familiares.
- **Informar:** orientar, em consonância em evidências científicas, para uma escolha informada do método contraceptivo: mecanismo de ação, possíveis efeitos adversos, cuidados adicionais e outras ações não, necessariamente, ligadas à contracepção.
- **Explicar:** detalhar forma de uso, eficácia e eventuais efeitos adversos dos métodos.

Retornar: acompanhar utilização do método escolhido (lembrar que grande parte descontinua o método escolhido durante primeiro ano de uso).

Apesar da ampla oferta de informações, ainda são frequentes os mitos, crenças e preconceitos, tanto por parte dos/as adolescentes quanto pelos/as profissionais da saúde. Os/as adolescentes se preocupam com a necessidade de exame ginecológico prévio à prescrição, eventual aumento do peso corporal, oleosidade da pele, espinhas e cravos, interferência com fertilidade futura, melhora dos sintomas perimenstruais, risco de o método escolhido perder sua eficácia após algum tempo de uso e necessidade de cirurgia para inserção de dispositivo intrauterino (DIU) / sistema intrauterino (SIU), ou sua inserção somente para aqueles/as que já pariram. Os/as profissionais têm dúvidas sobre a idade adequada para indicar a contracepção, sobre questões éticas e legais que

permeiam o atendimento de adolescentes, sobre a associação de infertilidade futura e DIU, sobre métodos mais recentes, como implante, anel vaginal e SIU, sobre a inserção de DIU ou SIU em adolescentes que nunca tiveram parto e a técnica de inserção do implante subdérmico. Sobre a importância de prescrever LARCs, receiam não serem capazes de solucionar os problemas do dia a dia, tendendo a prescrever um método com o qual já estejam familiarizados, independentemente da indicação clínica e das preferências dos pacientes.[16]

16 Bitzer *et al.*, 2016; Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.

Os métodos mais utilizados por adolescentes são preservativos, coito interrompido e "pílula" , sendo o DIU menos solicitado.[17] Métodos como "pílula" e preservativos apresentam altos índices de falha e descontinuidade, principalmente, durante o primeiro ano de uso, apresentando-se assim um grande desafio: manter o/a adolescente utilizando o método de maneira correta e consistente.

17 Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.

A continuidade de uso de método contraceptivo por 12 meses em adolescentes mostrou que LARCs apresentaram os melhores resultados: DIU, 86,5%; implante, 85,3%; anel vaginal, 48,9%; injetável trimestral e adesivo transdérmico, 39,8%; anticonceptivos orais, 39,6%.[18] É endossado o acesso de adolescentes e jovens a todos os métodos contraceptivos devidamente reconhecidos e, pela sua segurança e efetividade, endossado também o uso de LARCs, bem como recomendada a discussão desses métodos com os/as adolescentes grávidos/as e sua indicação imediata após parto ou aborto.[19] Identificam-se barreiras que dificultam sua utilização, principalmente qualificação e experiência dos/as profissionais de saúde e o custo financeiro dos métodos em si.

18 Soriano *et al.*, 2014.

19 American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Ott; Sucato, 2014.

Análise do uso dos métodos contraceptivos na adolescência

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais incluem diferentes estratégias baseadas na observação dos sinais de fertilidade e na identificação do período fértil no ciclo menstrual. Sua utilização requer conhecimento sobre o funcionamento do ciclo reprodutivo, percepção das mudanças corporais, acompanhamento regular dos ciclos menstruais e adesão consistente ao método escolhido, fatores que podem representar desafios no contexto das adolescências, especialmente nos primeiros anos após a menarca, quando os ciclos podem apresentar maior irregularidade.

De modo geral, esses métodos apresentam menor efetividade quando comparados a outros métodos contraceptivos, particularmente em situações de uso típico. Ainda assim, podem constituir alternativa válida para adolescentes que, por motivos culturais, religiosos ou mesmo por preferências pessoais, optem por não utilizar outros métodos contraceptivos. Além disso, podem contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o corpo, sobre o ciclo menstrual e a saúde sexual e reprodutiva.

É importante que adolescentes recebam informações qualificadas e baseadas em evidências sobre os diferentes métodos comportamentais, suas limitações, taxas de efetividade e necessidade de uso consistente, bem como orientações sobre dupla proteção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), considerando suas singularidades e contextos de vida. (Ver tabela 1)

MÉTODOS DE BARREIRA

Figura 1 – Diagramas mostrando o uso de preservativo externo e interno



Fonte: Ministério da Saúde, 2026

O preservativo externo (látex) e interno (poliuretano) são os únicos métodos que oferecem comprovadamente dupla proteção (contracepção e prevenção das ISTs). Sua eficácia depende da técnica de colocação e retirada e da constância de uso. Os índices de falha do preservativo externo estão em torno de 15% e do interno entre 5% e 21%;[20] o preservativo interno, apesar de mais caro e de distribuição mais limitada em relação ao externo, protege também a genitália

20 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

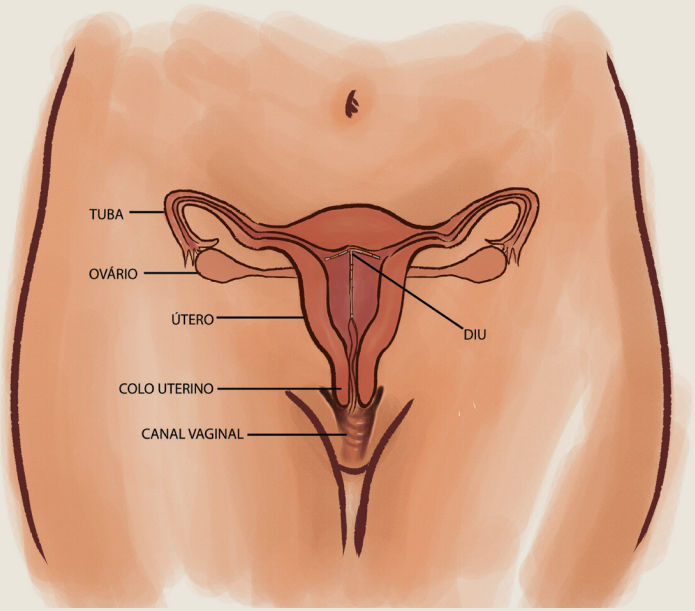
externa. A literatura insiste com sua utilização, independentemente, da indicação contraceptiva, devido à sua ação preventiva em relação às ISTs, e isso é algo extremamente importante para ser trabalhado durante as ações em saúde sexual e saúde reprodutiva.[21] Quanto ao Diafragma e espermicida, os mesmos são pouco eficazes: o primeiro com índice de falha em 16% e o segundo em 29%.[22] Pouca intimidade com a anatomia feminina pode dificultar a inserção e o uso correto do diafragma.

21 Bitzer *et al.*, 2016; World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

22 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

Dispositivo intrauterino (DIU) com cobre e sistema intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel

Figura 2 – Diagrama mostrando a inserção de DIU e SIU



Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Apesar de não serem, geralmente, a primeira escolha do/a paciente, sua aceitação cresce entre adolescentes e nulíparas (mulheres que não tiveram filhos). O DIU com cobre apresenta índices de falha entre 0,6% e 0,8%,considerando o uso típico A ação contraceptiva do DIU de cobre ocorre principalmente por meio da liberação contínua de íons de cobre na cavidade uterina, promovendo alterações bioquímicas e uma resposta inflamatória local no endométrio. Esse ambiente exerce efeito espermicida e citotóxico, dificultando a mobilidade e a viabilidade dos espermatozoides e, consequentemente, impedindo a fecundação. O método atua antes da ocorrência da gravidez, não interfere na ovulação e não possui mecanismo de ação abortivo. A questão não está relacionada com o número de parcerias sexuais ou relacionamentos estáveis, mas sim as vulnerabilidades relacionadas às ISTs e práticas sexuais desprotegidas. O risco de perfuração uterina está associado à habilidade do/a profissional e, apesar do risco de DIP ser maior nos 20 dias seguintes à inserção, a literatura não recomenda antibioticoterapia profilática para pacientes de baixo risco para ISTs, mas indicação adequada dos/as pacientes e técnica de inserção e assepsia corretas.[23]

Em relação à utilização do sistema intrauterino (SIU) com levonorgestrel na adolescência, a não há relação descrita com diminuição da densidade mineral. Apresenta índices de falha no uso perfeito e no uso típico de 0,1%,[24] menor incidência de DIP devido ao espessamento do muco cervical, atrofia endometrial e diminuição do sangramento uterino. São identificados como efeitos benéficos o aumento na concentração de hemoglobina, prevenção de anemia devido a redução do volume menstrual, mas podem ocorrer aumento de acne e peso ou humor depressivo, geralmente não sendo necessária a retirada do SIU.[25] São eficazes por tempo prolongado, mantêm a privacidade e independem do

23 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010; Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2018.

24 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

25 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

fator “esquecimento”. Desvantagens: custo; mobilização uterina e treinamento adequado para sua inserção.

Métodos hormonais

Adolescentes podem utilizar contraceptivos hormonais desde a menarca, observados os critérios clínicos de elegibilidade e as necessidades individuais de saúde. Além da finalidade contraceptiva, esses métodos apresentam importantes benefícios terapêuticos e podem ser utilizados no manejo de diferentes condições ginecológicas e endocrinológicas frequentes nas adolescências, como puberdade tardia, amenorreia hipotalâmica funcional, sangramento uterino anormal, dismenorreia, endometriose, síndrome dos ovários policísticos (SOP), hiperandrogenismo clínico e laboratorial, irregularidades menstruais e cistos ovarianos funcionais. Também podem contribuir para o manejo de sintomas relacionados à síndrome pré-menstrual e de condições associadas a discrasias sanguíneas.

As evidências apontam que o uso de contraceptivos hormonais na adolescência não interfere no amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-ovário nem no crescimento ósseo quando utilizados de forma adequada e acompanhados clinicamente.

Embora a via oral permaneça amplamente utilizada, outros sistemas de administração hormonal, como os métodos transdérmicos, vaginais e injetáveis, podem representar alternativas conforme as preferências, necessidades e possibilidades de adesão de cada adolescente. Essas vias podem oferecer maior comodidade e menor dependência do uso diário, favorecendo a continuidade do método e a efetividade contraceptiva.

Na avaliação clínica prévia para sua prescrição, devem-se observar a data da última menstruação, padrão menstrual, presença ou não de sintomas associados

à tensão pré-menstrual e/ou dismenorreia primária. É fundamental avaliar contraindicações absolutas, como hepatopatias graves, enxaqueca com aura, tireoidopatias descompensadas, doenças tromboembólicas, gestação ou suspeita de gravidez. Como rotina, realizar exame físico geral com verificação de mucosas e escleróticas, pressão arterial, peso corporal, palpação da tireoide e do abdome (visceromegalias, principalmente hepática). No exame ginecológico, avaliar mamas, trofismo vaginal, processos inflamatórios genitais, visualização direta de fluxos patológicos e ou ISTs. Pela OMS, é desnecessária a realização de exames laboratoriais prévios, como colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemograma ou função hepática.[26]

26 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

Tabela 2: Categorias elegíveis para contracepção

Box 1. MEC categories for contraceptive eligibility

MEC Category 1	A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method.
MEC Category 2	A condition where the advantages of using the contraceptive method generally outweigh the theoretical or proven risks.
MEC Category 3	A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the contraceptive method.
MEC Category 4	A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used.

Fonte: WHO, 2015.

Tabela 3: Tabela Sumária

Summary table							
Condition	**Combined hormonal contraceptives**		**Progestogen-only contraceptives**			**Intrauterine devices (IUDs)**	
	COC/P/ CVR	**CIC**	**POP**	**DMPA/ NET-EN inject-ables**	**LNG/ ETG implant**	**Cu-IUD**	**LNG-IUD**
	MEC Category						
	I = initiation, C = continuation[b]						
Pregnancy[a]	NA	NA	NA		NA	4	4
Age	Menarche to < 40 = 1 ≥ 40 = 2	Menarche to < 40 = 1 ≥ 40 = 2	Menarche to < 18 = 1 18–45 = 1 > 45 = 1	Menarche to < 18 = 2 18–45 = 1 > 45 = 2	Menarche to < 18 = 1 18–45 = 1 > 45 = 1	Menarche to < 20 = 2 ≥ 20 = 1	Menarche to < 20 = 2 ≥ 20 = 1
Parity							
a) Nulliparous	1	1	1	1	1	2	2
b) Parous	1	1	1	1	1	1	1
Breastfeeding (BF)							
a) < 6 weeks postpartum	4	4	2	2	2		
b) 6 weeks to < 6 months (primarily BF)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 months postpartum	2	2	1	1	1		

BF: breastfeeding; NA: not applicable.

[a] Please consult the relevant table for each contraceptive method in section 5 for a clarification to this classification.

[b] In the table columns for each type of contraceptive method, if I or C is not specified, then the MEC Category applies to both I and C.

Fonte: WHO, 2015.

a) Contraceptivos hormonais combinados orais de baixa dosagem (COC)

Os contraceptivos hormonais combinados orais de baixa dosagem podem ser utilizados por adolescentes elegíveis clinicamente, conforme os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS),

apresentando elevada efetividade quando utilizados de forma correta e contínua. Além da contracepção, podem oferecer benefícios não contraceptivos relevantes nas adolescências, como melhora da dismenorreia, regularização do ciclo menstrual, redução do sangramento uterino anormal, manejo da acne e de condições associadas ao hiperandrogenismo.

Quando utilizados de forma correta e consistente, apresentam taxa de falha inferior a 1% ao ano. Entretanto, no uso típico, especialmente no contexto das adolescências, sua efetividade pode ser reduzida em razão de esquecimentos, interrupções frequentes e dificuldades relacionadas à adesão cotidiana, com taxas de falha estimadas entre 7% e 9% ao ano. Aspectos relacionados à rotina, privacidade, estigma ou necessidade de ocultar o uso do método também podem interferir na continuidade do uso. Nesse sentido, o aconselhamento contraceptivo deve contemplar estratégias de apoio à adesão, avaliação das preferências da adolescente e discussão sobre métodos contraceptivos de longa duração e menor dependência da usuária, quando desejado.

b) Anticonceptivos orais apenas com progestagênio

Os contraceptivos orais apenas com progestagênio constituem opção contraceptiva segura e eficaz para adolescentes, especialmente em situações nas quais o uso de estrogênio seja contraindicado ou não recomendado, conforme os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS). São utilizados de forma contínua, sem pausas entre cartelas, e podem ser particularmente indicados em condições como enxaqueca com aura, maior risco tromboembólico, puerpério e situações clínicas específicas.

De modo geral, apresentam boa tolerabilidade, poucas contraindicações e perfil de segurança favorável para uso na adolescência. As evidências disponíveis não demonstram impacto negativo relevante sobre a densidade mineral óssea com o uso dos contraceptivos orais apenas com progestagênio. Entre os efeitos mais frequentes estão alterações do padrão menstrual, como sangramentos irregulares, amenorreia ou spotting, aspectos que devem ser abordados previamente durante o aconselhamento contraceptivo, contribuindo para maior adesão e continuidade do método.[27]

27 World Health Organization, 2015.

c) Anticonceptivos hormonais injetáveis (de uso trimestral ou mensal)

◢ **Trimestral:** O contraceptivo injetável trimestral, à base de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), atua principalmente pela inibição da ovulação, além de promover espessamento do muco cervical e alterações endometriais que dificultam a fecundação. Apresenta elevada efetividade contraceptiva, com taxas de falha em uso típico estimadas em aproximadamente 4% ao ano. Entre os efeitos associados ao método destacam-se alterações do padrão menstrual, especialmente amenorreia e sangramentos irregulares. Deve-se considerar, ainda, sua associação com redução transitória da densidade mineral óssea durante o uso, particularmente relevante na adolescência, período de aquisição de massa óssea, embora as evidências indiquem recuperação parcial ou total após a suspensão do método.

◢ **Mensal:** Os contraceptivos injetáveis mensais, compostos por associação hormonal combinada, atuam principalmente pela inibição da ovulação e pelo espessamento do muco cervical. Também

apresentam elevada efetividade contraceptiva, com taxas de falha em uso típico em torno de 4% ao ano, e podem representar alternativa adequada para adolescentes que desejam método reversível, de uso não diário e com manutenção de ciclos menstruais mais regulares.

d) Contracepção de emergência

Para ser utilizada em situações ocasionais , como após uma relação sexual sem proteção, falha ou uso incorreto de um método contraceptivo de uso regular, nas situações de violência sexual ou qualquer circunstância com risco de gravidez não planejada. A terminologia "pílula do dia seguinte"não deve ser utilizada pois sugere um uso equivocado, como se o uso estivesse restrito ao dia subsequente à relação sexual desprotegida, porém a pílula de emergência pode ser utilizada até o 5º dia (120 horas) após a relação sexual desprotegida (se utilizada em até 72 horas, reduz a possibilidade de gravidez em 75% – maior efetividade quanto mais precocemente for administrada).[28] A OMS sugere o uso isolado de levonorgestrel (dose única de 1,5 mg) em razão de seu perfil de segurança, boa tolerabilidade e menor potencial de interação medicamentosa.[29] O mecanismo de ação varia: se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, impede a ovulação; na segunda fase atua principalmente pelo espessamento do muco cervical. As evidências científicas disponíveis demonstram que o método não possui efeito abortivo, não interfere na implantação e não apresenta associação com efeitos teratogênicos caso ocorra gravidez.[30]

28 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010

29 World Health Organization, 2015.

30 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

e) Implante subdérmico

É um bastão, inserido na subderme do braço, contendo o progestagênio etonogestrel que inibe a ovulação e

espessa o muco cervical por três anos. Falhas teórica e real de 0,05%.[31] Sua inserção e remoção são ambulatoriais, após treinamento específico. Ocorre amenorreia (ausência menstrual) em 21% dos/as pacientes no primeiro ano de uso.[32] Promove um padrão de sangramento favorável em 75% dos casos, mas seu principal efeito adverso é sangramento frequente ou prolongado, com eventual descontinuidade do método, padrão este característico de métodos com progestagênio isolado. Para controlá-lo, a literatura sugere:[33]

- Orientação prévia quanto ao padrão de sangramento pós-inserção e paciência nos seis meses iniciais de uso pela probabilidade de melhora espontânea.
- Descartar outras causas de sangramento genital.
- Propostas medicamentosas diversas.

31 World Health Organization, 2015; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010.

32 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010; Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.

33 Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, 2016; Mansour et al., 2011.

f) Anel vaginal

O anel vaginal é um contraceptivo hormonal combinado de uso mensal, constituído por dispositivo flexível de inserção intravaginal que libera continuamente pequenas doses de estrogênio e progestagênio, atuando principalmente pela inibição da ovulação e pelo espessamento do muco cervical.

Apresenta elevada efetividade contraceptiva quando utilizado corretamente, com taxas de falha no uso típico semelhantes às dos contraceptivos hormonais combinados orais.

O método é inserido e removido pela própria usuária, permanecendo em contato com a mucosa vaginal por três semanas consecutivas, seguidas de uma semana de pausa. Entre suas vantagens destacam-se a menor dependência de administração diária, a liberação hormonal contínua, o bom controle do ciclo menstrual e

a discrição no uso. As evidências disponíveis indicam que o método não promove alterações clinicamente relevantes da flora vaginal.

No contexto das adolescências, a aceitabilidade do método pode variar conforme aspectos relacionados à percepção corporal, familiaridade com o manuseio da genitália, conforto com a via vaginal, privacidade e contexto sociocultural. Essas questões devem ser abordadas de forma acolhedora e sem julgamentos durante o aconselhamento contraceptivo. A expulsão espontânea do anel pode ocorrer ocasionalmente, sendo evento incomum e geralmente manejável com orientação adequada.[34]

34 World Health Organization, 2015.

g) Adesivo transdérmico

O adesivo transdérmico é um contraceptivo hormonal combinado que libera continuamente estrogênio e progestagênio por via cutânea, atuando principalmente pela inibição da ovulação e pelo espessamento do muco cervical.

Apresenta efetividade semelhante à dos contraceptivos hormonais combinados orais no uso típico, podendo representar alternativa para adolescentes que apresentam dificuldades relacionadas ao uso diário da pílula.

O método deve ser trocado semanalmente durante três semanas consecutivas, seguidas de uma semana de pausa. Entre suas vantagens destacam-se a praticidade de uso, a menor dependência de administração diária e a manutenção de níveis hormonais mais constantes.

No contexto das adolescências, aspectos relacionados à aceitabilidade e à privacidade devem ser considerados durante o aconselhamento contraceptivo, uma vez que a visualização do adesivo pode representar fator de desconforto ou dificuldade para algumas adolescentes, especialmente em contextos

familiares, relacionais ou socioculturais nos quais haja necessidade de discrição quanto ao uso do método. Também podem ocorrer efeitos adversos locais, como irritação cutânea, além de mastalgia e outros efeitos semelhantes aos observados nos contraceptivos hormonais combinados.

As evidências disponíveis sugerem possível redução da efetividade contraceptiva em usuárias com peso corporal elevado, especialmente acima de 90 kg, aspecto que deve ser considerado de forma individualizada na escolha do método.[35]

35 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2010; World Health Organization, 2015.

Métodos cirúrgicos permanentes (vasectomia e laqueadura tubária)

São de uso excepcional na adolescência.

QUANDO INICIAR O MÉTODO CONTRACEPTIVO

Durante a anamnese, o profissional de saúde deve estar atento a sinais, sintomas e dados relatados que possam sugerir presença de gravidez vigente, tal como atraso menstrual, relação sexual relatada desprotegida em possível período fértil, entre outros. Diante da não presunção de gravidez programar o início do método contraceptivo diante do método escolhido.

Conclusão

A atenção à saúde sexual e reprodutiva prestada pelo/a profissional da saúde ao/à adolescente deve ocorrer de forma acolhedora, ética, confidencial, respeitando o direito à privacidade e ao sigilo, baseando-se na individualidade do/a paciente, suas questões culturais, sociais e religiosas, orientando-se pelos critérios de elegibilidade médica da OMS e pelas diretrizes e orientações do Ministério da Saúde. Considerando a diversidade de

opções contraceptivas existentes na atualidade (doses, esquemas, vias de administração) e que as necessidades e os objetivos são específicos para cada adolescente, cabe ao profissional da saúde assegurar aconselhamento contraceptivo qualificado, livre de coerção e baseado em escolha informada, apresentando de forma acessível as possibilidades existentes, suas características, benefícios não contraceptivos, limitações e possíveis efeitos adversos para que a escolha ocorra de forma compartilhada, considerando preferências, necessidades, projetos de vida, possibilidade de adesão e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Tão importante quanto a escolha do método é manter o/a adolescente estimulado/a a uma utilização regular e correta, acompanhando sua utilização, principalmente ao longo do primeiro ano.

Gravidez na adolescência

Considera-se que a gravidez na adolescência é a gravidez que ocorre na faixa etária de 10 a 19 anos (20 anos incompletos). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 21 milhões de adolescentes no mundo engravidam a cada ano, com 12 milhões dessas gravidezes terminando em nascimentos. Grande parte dessas gravidezes não são planejadas, segundo a OMS refletindo desigualdades sociais, barreiras de acesso à informação e aos métodos contraceptivos, situações de violência, uniões precoces, interrupção de trajetórias educacionais e fragilidades no acesso oportuno aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva.[36]

O início do pré-natal precoce e o acolhimento multidisciplinar das gestantes adolescentes, com também o acolhimento das parcerias, minimiza os possíveis impactos biológicos e especialmente, os impactos psico-sociais. Uma política pública que englobe e priorize o

36 Pietras *et al.*, 2024.

atendimento rotineiro e programado dos/das adolescentes possibilitaria, provavelmente, decisões assertivas e planejadas por estes jovens.

Embora tenha ocorrido redução progressiva das taxas de fecundidade na adolescência nas últimas décadas, os índices permanecem elevados em diversos contextos, especialmente em países de baixa e média renda e em territórios marcados por maior vulnerabilidade social. No Brasil, a gravidez na adolescência apresenta distribuição desigual, com maior ocorrência entre adolescentes negras, indígenas, residentes em áreas periféricas, rurais e em contextos de pobreza e exclusão social.

A gravidez na adolescência deve ser compreendida de forma ampla e não apenas sob perspectiva biológica ou comportamental. Trata-se de fenômeno complexo e multifatorial, atravessado por determinantes sociais, econômicos, culturais, raciais, territoriais e de gênero, que pode produzir impactos sobre a saúde, a permanência escolar, os projetos de vida, a inserção no trabalho, a autonomia e as condições de vida de adolescentes e suas famílias. Em adolescentes mais jovens, especialmente menores de 14 anos, a gestação demanda atenção ainda mais cuidadosa, considerando sua frequente associação com situações de violência sexual e maior risco de complicações biopsicossociais.

Trata-se de assunto complexo e a compreensão do contexto da gravidez em menores de 14 anos legitima a necessidade dos profissionais de saúde se informarem, tecnicamente, em relação ao atendimento desta faixa etária, dando ênfase à situação do estupro de vulneravel, o qual é definido como: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém menor de 14 anos” (Lei 12.015/2009). Tal entendimento da Lei alerta sobre a necessidade de notificação compulsória.

A gravidez na adolescência especialmente entre adolescentes mais jovens, está associada a maior vulnerabilidade biopsicossocial e pode apresentar maior risco de desfechos maternos e neonatais adversos, particularmente em contextos de desigualdade social, acesso limitado aos serviços de saúde e início tardio do pré-natal.[37]

37 Pietras *et al.*, 2024.

Entre os principais desfechos destacam-se:

- Diastase da sínfise púbica (separação da sínfise púbica, especialmente em adolescentes mais jovens).
- Baixo peso ao nascimento.
- Parto prematuro.
- Mortalidade neonatal (frequentemente associada com parto prematuro, baixo peso ao nascimento e restrição do crescimento fetal).
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (aumentos pressóricos específicos da gravidez).
- Hipertensão.
- Anemia materna.
- Infecções do trato urinário.
- Infecções sexualmente transmissíveis.
- Natimortalidade.

A gravidez na adolescência é considerada de maior risco por diversos fatores, como imaturidade do corpo materno e, também, pelo fato de o/a adolescente procurar cuidado em saúde tardiamente. O início tardio do acompanhamento em saúde e do pré-natal pode ocorrer em razão de fatores como medo do estigma, negação da gestação, ausência de rede de apoio, violência, dificuldades de acesso aos serviços, insegurança financeira, desconhecimento sobre os direitos e cuidados em saúde, além de barreiras institucionais e sociais que dificultam a busca por atendimento oportuno.[38]

38 Pietras *et al.*, 2024.

Entre adolescentes gestantes, também podem ser observadas situações de insegurança alimentar e inadequações nutricionais, incluindo deficiência de ferro, ácido fólico, cálcio, vitamina D entre outros. Essas condições podem contribuir para à anemia materna, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade. Além disso, a deficiência de ácido fólico, especialmente, aumenta o risco de alterações do tubo neural e outras malformações congênitas.[39]

39 Pietras *et al.*, 2024.

Nesse contexto, a atenção nutricional deve integrar o cuidado pré-natal de adolescentes, considerando suas necessidades específicas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento ainda em curso. Recomenda-se acompanhamento nutricional individualizado, com avaliação do estado nutricional, orientação alimentar adequada e suplementação de micronutrientes conforme os protocolos do Ministério da Saúde, promovendo alimentação saudável, ganho de peso adequado e melhores desfechos maternos e neonatais

São citados como importantes fatores determinantes da gravidez na adolescência: casamentos precoces e relacionamentos estáveis, parcerias com diferença de idade importante, falta de acesso a educação sexual e informações qualificadas e acessíveis, barreiras no acesso aos serviços de saúde e ações de planejamento reprodutivo , menor nível educacional, depressão e baixa autoestima, pobreza, abuso de substâncias, pressão dos pares, ser filho/a de mãe adolescente, família monoparental, ausência de ambos os pais.[40]

40 Maheshwari *et al.*, 2022.

Finalizando, não poderia deixar de ser citada, como importante impacto biológico da gravidez na adolescência, a questão das gravidezes finalizadas em abortamento. Conforme citado em importante compêndio da Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e da Adolescência (SOGIA).

Importante lembrar que, segundo o Código Penal Brasileiro e a ADPF 54, o aborto é permitido em três situações:

1) Gravidez decorrente de estupro e estupro de vulnerável (menores de 14 anos).

2) Presença de risco de vida para a mulher, não necessariamente iminente, mas relacionado a condições de saude pré-existentes.

3) Em caso de anencefalia fetal.

> em face da ilegalidade, é difícil estimar o número de abortos induzidos no Brasil. Para isso, têm sido desenvolvidos e empregados diversos métodos de investigação, como o que parte dos registros de internação por complicações pós-aborto em pacientes do sistema de saúde público. Em que pesem as dificuldades metodológicas, parece claro que o comprometimento da saúde das gestantes adolescentes, como consequência do abortamento induzido, constitui uma das mais importantes complicações obstétricas da gravidez na adolescência.[41]

41 Trajano; Monteiro; Magalhães, 2022, p. 294.

Referências bibliográficas

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices – Committee Opinion N. 735. **Obstetrics and Gynecology**, [*s. l.*], v. 131, n. 5, p. e130-e39, maio 2018.

BITZER, Johannes *et al*. Targeting factors for change: contraceptive counseling and care of female adolescents. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, [*s. l.*], v. 21, n. 6, p. 417-430, dez. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27701924/. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 54/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o acórdão: Ministro Marco Aurélio. Julgamento em 12 abr. 2012. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, n. 80, 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Usar preservativos externos, internos e gel lubrificante. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/usar-preservativos-externos-internos-e-gel-lubrificante. Acesso em 03 de julho de 2026.

CARBOL, Maristela et al. Contracepção na Adolescência. In Ginecologia da Infância e Adolescência - Porto Alegre: Artmed,2012. P. 315

DIABELKOVÁ, Jana *et al*. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. **J. Environ. Res. Public Health**, [*s. l.*], v. 20, n. 5, p. 4.113, fev. 2023.

ELINER, Yael *et al*. Maternal and Neonatal Complications in Teen Pregnancies: A Comprehensive Study of 661.062 Patients. **Journal of Adolescent Health**, [*s. l.*], v. 70, n. 6, p. 922-927, jun. 2022.

FACULTY OF SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTHCARE (FSRH). **Contraceptive Choices for Young People**. [*S. l.*]: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2010.

FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Contracepção reversível de longa ação**. São Paulo: FEBRASGO, 2016. (Série Orientações e Recomendações).

FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Anticoncepção para adolescentes**. São Paulo: FEBRASGO, 2017. (Série Orientações e Recomendações).

FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES BRASILEIRAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Uso de dispositivos intrauterinos em nulíparas**. São Paulo: FEBRASGO, 2018. (Série Orientações e Recomendações).

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

LOPES, G.; MAIA, M. **Conversando com o adolescente sobre sexo**: Quem vai responder? Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.

MAHESHWARI, Marvi V. *et al*. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. **Cureus**, [*s. l.*], v. 14, n. 6, p. e25921, jun. 2022.

MANSOUR, Diana *et al*. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. **Contraception**, [*s. l.*], v. 83, n. 3, p. 202-10, mar. 2011.

MARINHO, M. V. F. W.; REIS, J. T. L.; SALOMÃO, C. L. B. Consulta ginecológica da criança e da adolescente. *In:* DRUMOND, D. G.; POLISSENI, F.; VITRAL, G. S. F. **Condutas em ginecologia**: do diagnóstico ao tratamento. Barueri: Editora MANOLE, 2023. p. 46-53.

OKANO, Sérgio Henrique Pires; PELLICCIOTTA, Giovanna Giulia Milan; BRAGA, Giordana Campos. Aconselhamento contraceptivo para o paciente transgênero designado mulher ao nascimento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [*s. l.*], v. 44, n. 9, p. 884-890, set. 2022.

OTT, Mary A.; SUCATO, Gina S.; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Contraception for adolescents. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 134, n. 4, p. 1.257-1.281, out. 2014.

PIETRAS, Joanna *et al*. Adolescent Pregnancy: medical, legal and social issues. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, [*s. l.*], v. 37, n. 1, p. 2391490, dez. 2024.

RAY, Joel G. *et al*. Teen Pregnancy and Risk of Premature Mortality. **JAMA NetworkOpen**, [*s. l.*], v. 7, n. 3, p. e241833, mar. 2024.

RHEME, Marta Francis Benevides *et al*. 2º Fórum Sobre Aspectos Éticos e Legais no Atendimento de Adolescentes. **Femina**, v. 48, n. 2, p. 70-81, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *In:* SBP. **Manual de Orientação**: Departamento Científico de Adolescência. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

SORIANO, Lucía Cea *et al.* Use of long-acting reversible contraceptives in the UK from 2004 to 2010: Analysis using The Health Improvement Network Database. Eur J Contracept Reprod Health Care, [*s. l.*], v. 19, n. 6, p. 439-447, dez. 2014.

TRAJANO, A. J. B.; MONTEIRO, D. L. M.; MAGALHÃES, A. L. C. Gravidez na adolescência: intercorrências Obstétricas. *In*: ALMEIDA, J. A. M.; MONTEIRO, D. L. M. (Eds). Ginecologia e obstetrícia na infância e na adolescência: recomendações da SOGIA-BR, 2022. p. 291-297.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: http://www.who.int. Acesso em: 30 set. 2025.

Direitos sexuais e reprodutivos na socioeducação: desafios ético-políticos na garantia da proteção integral

Thereza de Lamare Franco Netto

> A promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos envolve a promoção do bem-estar de adolescentes e jovens, o estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual e reprodutiva; o envolvimento de jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades que a eles se destinam, com destaque para a educação, a saúde sexual e a saúde reprodutiva.
>
> Brasil, 2007a

Introdução

A sexualidade e a reprodução são dimensões constitutivas da vida humana e, portanto, devem ser reconhecidas como campos legítimos de cuidado, proteção e promoção de direitos. No caso das adolescências, essas dimensões se entrelaçam a um período marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, em que a construção da identidade e da autonomia se torna central para o exercício pleno da cidadania e para a vivência segura, responsável e livre da sexualidade – vivência essa que se expressa de forma singular, intensa e urgente, como é próprio da condição juvenil.[1]

1 Abramovay; Castro; Silva, 2004.

Nesse contexto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos devem ser reconhecidos e garantidos a todos/as os/as adolescentes, independentemente de sua condição social, identidade de gênero, orientação sexual ou situação jurídica. Esses direitos são parte indissociável de sua proteção integral e desenvolvimento

saudável, conforme estabelecem os marcos legais nacionais e internacionais.[2]

2 Brasil, 2007b.

Mas afinal, o que são os direitos sexuais e os direitos reprodutivos?

Os **direitos sexuais** dizem respeito à liberdade, à dignidade e à autonomia das pessoas para viverem sua sexualidade de forma segura, responsável e prazerosa. Eles reconhecem que a sexualidade é uma dimensão legítima da vida humana, presente em todas as fases da existência, e devem ser protegidos contra qualquer forma de coerção, discriminação ou violência. Incluem:

- O direito de viver a sexualidade com liberdade, respeito e segurança.
- O direito à informação qualificada sobre sexualidade, afetos e prazer.
- O direito de decidir sobre práticas sexuais, parceiros/as e vínculos afetivos.
- O direito à identidade de gênero e à orientação sexual.
- O direito à proteção contra violência sexual, abuso e exploração.
- O direito ao acesso a serviços de saúde sexual com confidencialidade e acolhimento.

Os **direitos reprodutivos** referem-se à capacidade de decidir livremente e de forma informada sobre questões relacionadas à reprodução, incluindo se, quando e como ter filhos. Esses direitos garantem o acesso a serviços de saúde reprodutiva, métodos contraceptivos, acompanhamento na gestação e proteção contra práticas coercitivas. Incluem:

- O direito de decidir se se deseja ter filhos, quantos e quando.
- O direito ao acesso a métodos contraceptivos e insumos de prevenção.
- O direito ao acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com dignidade.
- O direito à interrupção legal da gravidez nos casos previstos em lei.
- O direito à proteção contra esterilização forçada ou gravidez compulsória.
- O direito à educação reprodutiva e ao planejamento familiar.

Um breve histórico da origem da agenda dos direitos

A agenda dos direitos sexuais e reprodutivos surgiu da mobilização de movimentos feministas, de direitos humanos e de mulheres que denunciaram a invisibilidade das questões de gênero, sexualidade e autonomia corporal nas políticas públicas. Desde os anos 1970, esses movimentos pressionaram governos e organismos internacionais por reconhecimento legal e institucional da liberdade sexual, do direito ao planejamento familiar, da proteção contra violência sexual e da igualdade de gênero.

Organizações da sociedade civil, redes juvenis, coletivos LGBTIA+ e instituições como a Organização das Nações Unidas (ONU) passaram a incorporar essas pautas em conferências globais, ampliando o debate sobre saúde sexual e reprodutiva como um direito humano fundamental.

No Brasil, essa agenda foi fortalecida também pela atuação de movimentos de mulheres, organizações feministas e entidades de direitos humanos e de defesa dos direitos de crianças e adolescentes que influenciaram a formulação de políticas públicas voltadas à

saúde sexual, educação e proteção social. O Quadro 1 a seguir sistematiza os principais marcos legais e compromissos internacionais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

Quadro 1 – Síntese dos principais marcos legais e compromissos internacionais e nacionais sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivo.

Instrumento	Garantias relacionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR)	Link de acesso
Constituição Federal (1988)	Prioridade absoluta; direito à saúde, dignidade, liberdade e proteção integral (Art. 227).	Planalto – Constituição
Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8.069/1990)	Proteção integral; direito à saúde, informação, integridade física e moral, mesmo em internação (Art. 124).	Planalto – ECA
Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (Lei n. 12.594/2012)	Atendimento à saúde com ações de promoção, prevenção e recuperação, incluindo saúde sexual e reprodutiva (Art. 60).	Planalto – SINASE
PNAISARI (Portaria Interministerial n. 1.426/2004)	Atenção integral à saúde; escuta qualificada; acesso a insumos de prevenção; respeito à diversidade e sigilo.	Ministério da Saúde – PNAISARI
Diretrizes Nacionais de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens, na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010)	Reconhecimento da sexualidade como parte da saúde; promoção da autonomia e acesso à informação.	Ministério da Saúde – Diretrizes
Convenção sobre os Direitos da Criança (Organização das Nações Unidas – ONU; Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 1989)	Direito à saúde, à informação, à dignidade e à proteção contra violência, inclusive em privação de liberdade.	UNICEF – Convenção
CIPD – Conferência do Cairo (1994)	Reconhecimento dos DSDR como direitos humanos; acesso à educação sexual e serviços de saúde reprodutiva.	UNFPA – CIPD
Plataforma de Ação de Pequim (1995)	Igualdade de gênero; garantia de serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.	ONU Mulheres – Declaração
Princípios de Yogyakarta (2006)	Direitos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero; acesso à saúde sem discriminação.	Princípios de Yogyakarta – Site oficial
Agenda 2030 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS (ONU, 2015)	ODS 3, 4 e 5: saúde, educação e igualdade de gênero; acesso universal à saúde sexual e reprodutiva.	ONU Brasil – ODS

Instrumento	Garantias relacionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR)	Link de acesso
Regras de Havana (1990)	Tratamento digno e acesso à saúde para adolescentes em cumprimento de medida socio-educativa.	Conselho Nacional de Justiça – Regras de Havana
Regras de Bangkok (2010)	Garantia de saúde sexual e reprodutiva para mulheres e meninas privadas de liberdade.	Conselho Nacional de Justiça – Regras de Bangkok

Fonte: Brasil, 1988, 1990, 2004, 2010, 2012, 2024; ONU, 1989, 1994, 1995, 2015; CNJ 2016

Quais são os princípios da Atenção Primária à Saúde que orientam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos?

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é o espaço privilegiado para a promoção, proteção e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Ela não apenas oferece serviços clínicos, mas também atua como território de escuta, vínculo e acolhimento, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade, como adolescentes em atendimento socioeducativo. Considerando esse papel estratégico, apresentamos as diretrizes e estratégias que fortalecem a atuação da APS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes em privação de liberdade.

- **Acesso universal e equânime**: todos/as os/as adolescentes devem ter acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sem discriminação por idade, gênero, orientação sexual ou situação jurídica.
- **Acolhimento e escuta qualificada:** a APS deve garantir espaços seguros para que adolescentes possam falar sobre seus corpos, desejos, dúvidas e experiências, com respeito e sem julgamento.

◢ **Integralidade do cuidado:** a sexualidade e a reprodução não devem ser tratadas isoladamente, mas como parte da saúde física, mental, emocional e social dos/as adolescentes.
◢ **Continuidade e vínculo**: o acompanhamento longitudinal permite construir confiança e garantir que os/as adolescentes tenham suporte em todas as etapas de sua trajetória.
◢ **Responsabilidade sanitária e orientação comunitária:** a APS deve conhecer o território, identificar vulnerabilidades e atuar de forma intersetorial para garantir direitos.[3]

3 Brasil, 2017.

Para aprofundar o tema

Marco referencial da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes:[4] documento que sistematiza os principais compromissos nacionais e internacionais que garantem os direitos sexuais e reprodutivos.

4 Brasil, 2007b.

Marco legal saúde, um direito de adolescentes:[5] documento que apresenta diretrizes técnicas e conceituais para o cuidado ético, inclusivo e intersetorial, reconhecendo a sexualidade e a reprodução como dimensões legítimas da saúde e da cidadania juvenil.

5 Brasil, 2007a.

Enquanto profissional de uma unidade de saúde, quais ações devo realizar para garantir esses direitos?

◢ Promover ações educativas sobre sexualidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), métodos contraceptivos e direitos reprodutivos e direitos sexuais.
◢ Garantir o acesso regular e facilitado a preservativos internos e externos, anticoncepcionais

orais e injetáveis, DIU, contracepção de emergência, teste rápido de gravidez e outros insumos de prevenção.
◢ Oferecer testagem para ISTs (como HIV, sífilis, hepatites virais) com sigilo e aconselhamento.
◢ Orientação quanto a interrupção da gravidez em caso de violência sexual.
◢ Atender adolescentes grávidas com pré-natal humanizado e acompanhamento pós-parto.
◢ Disponibilizar profilaxia pós-exposição (PEP) em casos de violência sexual ou exposição ao HIV e profilaxia pré-exposição (PrEP).
◢ Oferecer escuta especializada para adolescentes LGBTIA+, respeitando identidade de gênero e orientação sexual.
◢ Atuar em rede com escolas, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), unidades socioeducativas e conselhos de direitos.

Mas posso realizar essas ações com adolescentes que estão nas unidades de internação?

Sim. Mesmo em situação de privação de liberdade, adolescentes mantêm integralmente seus direitos fundamentais. A medida de internação não suspende – tampouco relativiza – o direito à saúde, à informação, à vivência da sexualidade e à dignidade. Ao contrário, impõe ao Estado uma responsabilidade ainda maior na garantia desses direitos, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, onde as vulnerabilidades se intensificam e as barreiras de acesso se tornam mais profundas. Reconhecer e efetivar esses direitos é condição indispensável para a promoção da cidadania, da proteção integral e da justiça social no sistema socioeducativo.

Estudos mostram que:[6]

- A sexualidade é frequentemente tratada como tabu ou risco.
- O acesso a preservativos e métodos contraceptivos é geralmente negado.
- Adolescentes LGBTIA+ são invisibilizados/as ou discriminados/as.
- Adolescentes grávidos/as não recebem acompanhamento adequado.
- A escuta qualificada é substituída por práticas de controle e punição

6 Silva; Gueresi, 2003; Agência de Notícias dos Direitos da Infância; Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2003; Garcia; Gonçalves, 2019.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída pela Portaria Interministerial n. 1.426/2004 e atualmente regida pela Portaria de consolidação nº02 e 06, orienta que a saúde sexual e reprodutiva seja tratada como direito humano fundamental, com abordagem ética, inclusiva e intersetorial.[7] A atenção primária deve ser o espaço de acolhimento, escuta e cuidado, rompendo com práticas punitivas e moralizantes que ainda predominam em muitas unidades de internação.

7 Brasil, 2004.

Diretrizes que devem orientar a atuação dos/as profissionais e das equipes de saúde

1. RECONHECIMENTO DA SEXUALIDADE COMO DIMENSÃO LEGÍTIMA DA SAÚDE

- A sexualidade deve ser abordada como parte constitutiva da saúde integral dos/as adolescentes, e não como risco ou desvio de conduta.
- As ações devem respeitar a diversidade de identidades de gênero, orientações afetivo-sexuais e formas de expressão da sexualidade.

2. GARANTIA DE ACESSO A INSUMOS E SERVIÇOS DE PREVENÇÃO

◢ As unidades socioeducativas devem assegurar o acesso regular a **preservativos internos e externos**, **métodos contraceptivos**, **testagem para ISTs**, **vacinas (como HPV e hepatite B)** e **profilaxia pós-exposição (PEP)**.

◢ A distribuição de insumos não pode ser condicionada à autorização institucional ou à avaliação moral da equipe – trata-se de um direito garantido.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E INFORMAÇÃO QUALIFICADA

◢ Devem ser realizadas **ações educativas regulares**, com linguagem acessível, participativa e baseada em evidências científicas.

◢ Os temas devem incluir: prevenção de ISTs, métodos contraceptivos, consentimento, prazer, afetividade, identidade de gênero, orientação sexual e direitos sexuais e reprodutivos.

4. ESCUTA QUALIFICADA E ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO

◢ Os/as adolescentes devem ter acesso a espaços de escuta segura, com garantia de **sigilo**, **acolhimento sem julgamento** e **respeito à autonomia progressiva**.

◢ O atendimento deve ser registrado em **prontuário individual**, com continuidade do cuidado e articulação com a rede SUS.

5. ATENÇÃO AOS/ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDOS/AS OU EM SITUAÇÃO DE MATERNIDADE

◢ A PNAISARI orienta que adolescentes grávidos/as recebam **acompanhamento pré-natal humanizado**, **apoio psicossocial** e **vínculo com a rede de atenção básica** para a continuidade do cuidado após o parto.

◢ A maternidade não deve ser invisibilizada ou tratada como obstáculo à medida socioeducativa.

6. RESPEITO À IDENTIDADE DE GÊNERO E À ORIENTAÇÃO SEXUAL

◢ O atendimento deve respeitar o nome social, a identidade de gênero e a orientação sexual dos/as adolescentes, conforme previsto nas diretrizes de equidade do SUS.

◢ A invisibilização de adolescentes LGBTIA+ configura violação de direitos e deve ser enfrentada com a formação da equipe e os protocolos inclusivos.

7. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E TERRITORIAL

◢ As ações de saúde sexual e reprodutiva devem ser articuladas com os serviços de educação, assistência social, justiça e direitos humanos.

◢ A APS deve atuar como coordenadora do cuidado, garantindo que os/as adolescentes tenham acesso à rede de serviços mesmo após o atendimento socioeducativo.

Lembre-se

A APS não é apenas um serviço – é um espaço de garantia de direitos. Quando orientada pelos princípios da proteção integral e dos direitos humanos, ela se torna um instrumento potente de reconstrução de trajetórias, enfrentamento das desigualdades e afirmação da cidadania juvenil.

Negar é violar: os obstáculos à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes

No cotidiano das equipes de saúde que atuam como referência nas unidades socioeducativas de internação,

é comum se deparar com barreiras que comprometem significativamente a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos dos/as adolescentes. Embora esses direitos estejam formalmente garantidos por marcos legais nacionais e internacionais, na prática eles seguem sendo relativizados, invisibilizados ou diretamente negados – sobretudo quando se trata de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, pertencentes a grupos historicamente marginalizados ou em atendimento socioeducativo.

A persistência de uma visão adultocêntrica, que deslegitima a autonomia dos/as adolescentes e os/as reduz à condição de "sujeitos em formação", somada a uma cultura institucional marcada por tabus, mitos, preconceitos e relações de poder, intensifica ainda mais os obstáculos ao cuidado. Como resultado, muitos/as adolescentes permanecem excluídos do acesso à informação qualificada, aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e ao exercício livre e responsável da sua sexualidade – vivência essa atravessada por múltiplas camadas de exclusão: de classe, raça, gênero, orientação sexual e território.

Essas barreiras se manifestam em situações concretas do dia a dia dos/as profissionais:

- A negativa institucional à distribuição de preservativos dentro das unidades socioeducativas, revelando uma visão moralizante da sexualidade.
- A ausência de espaços seguros para escuta individual, onde adolescentes possam falar sobre seus desejos, dúvidas, medos ou experiências de violência sexual sem serem julgados/as ou punidos/as.
- A negligência institucional e o tratamento indiferenciado das vivências de adolescentes LGBTIA+ configuram formas de violência que atravessam suas trajetórias nos sistemas de saúde, educação e socioeducação.

- A dificuldade de garantir o sigilo e a confidencialidade nos atendimentos, especialmente em ambientes onde o controle e a vigilância predominam sobre o cuidado.
- A falta de protocolos claros para o acompanhamento de adolescentes grávidos/as ou em situação de maternidade, que acabam sem acesso ao pré-natal, ao planejamento reprodutivo ou ao apoio psicossocial.
- A resistência de parte da equipe institucional em reconhecer a sexualidade como dimensão legítima da saúde, tratando-a como ameaça à ordem ou como assunto "proibido".

É fundamental reconhecer que a maternidade na adolescência, especialmente em contexto de privação de liberdade, está profundamente atravessada por questões de gênero, sexualidade, violência e desigualdade social. O acompanhamento psicossocial deve incluir escuta qualificada, acolhimento das experiências afetivas e familiares, suporte para o exercício da maternagem e articulação com políticas de educação, assistência social e saúde. Nesse contexto, ele é um eixo estruturante do cuidado. Além disso, é necessário garantir o acesso ao planejamento reprodutivo e à informação sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR), respeitando as escolhas e os projetos de vida desses/as adolescentes.

Essa realidade evidencia que a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos constitui um dos mais urgentes e complexos desafios éticos, institucionais e políticos no campo da proteção integral. Nos espaços socioeducativos, essas barreiras se intensificam, invisibilizando demandas legítimas e negando o reconhecimento da sexualidade como parte constitutiva da vida adolescente. Nesse entrelaçamento de silenciamentos e estigmas,

torna-se essencial uma atuação comprometida com a escuta qualificada, o respeito à autonomia juvenil e a construção de políticas públicas que promovam a dignidade dos/as adolescentes como sujeitos plenos de direitos.[8]

8 Franco Netto, 2008.

O que está por trás dessas barreiras?

Essas práticas estão enraizadas em uma cultura institucional marcada por:

- **Adultocentrismo:** que deslegitima a autonomia dos/as adolescentes e os/as trata como incapazes de decidir sobre seus corpos e afetos.
- **Moralização da sexualidade:** que transforma o cuidado em julgamento e os direitos em concessões condicionadas à "boa conduta".
- **Lógica punitiva:** que vê o/a adolescente em atendimento socioeducativo como alguém a ser controlado/a, e não como sujeito de direitos em processo de reconstrução.

Como é possível enfrentar essas barreiras?

Uma importante orientação da PNAISARI para o enfrentamento das barreiras que limitam o acesso dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo aos seus direitos – especialmente os relacionados à saúde sexual, saúde reprodutiva e saúde mental – é a constituição do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI). Essa instância é prevista na implementação da política e tem papel estratégico na articulação entre os diferentes setores envolvidos.

Suas principais atribuições incluem:

- **Articular a rede de atenção à saúde** com os demais serviços que atendem adolescentes em medida socioeducativa.

- **Planejar e monitorar ações intersetoriais** voltadas à saúde sexual, à saúde reprodutiva, à saúde mental e à prevenção de violências, entre outras.
- **Garantir a continuidade do cuidado** entre os serviços de saúde dentro das unidades e os serviços da atenção primária nos territórios.
- **Promover formações e capacitações conjuntas** entre profissionais da saúde, da socioeducação e da assistência social.
- **Identificar e enfrentar barreiras institucionais** que dificultam o acesso dos/as adolescentes aos seus direitos.
- **Desenvolver estratégias específicas** para garantir o acesso pleno, qualificado e não discriminatório aos direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR), assegurando o respeito à diversidade de identidades de gênero, de orientações sexuais e de expressões da sexualidade.

Essas atribuições estão diretamente relacionadas à superação dos obstáculos que comprometem a efetivação dos DSDRs. Ao promover ações integradas, formações qualificadas e articulação entre serviços, o GTI fortalece a rede de proteção e cuidado, amplia o acesso à informação e aos serviços de saúde e contribui para a construção de práticas institucionais mais inclusivas, respeitosas e comprometidas com os direitos humanos dos/as adolescentes.

Nesse sentido, ele é uma instância estratégica, porque a efetivação da PNAISARI depende da **ação coordenada entre setores**. A saúde dos/as adolescentes em medida socioeducativa não pode ser responsabilidade exclusiva da equipe da unidade – ela exige diálogo, pactuação e corresponsabilidade entre os serviços que compõem o sistema de garantia de direitos.

Como avançar para proteger e garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes em atendimento socioeducativo?

- **Formação continuada das equipes:** com foco em direitos humanos, proteção integral e abordagem interseccional da saúde.
- **Criação de protocolos institucionais claros:** que garantam acesso a insumos, escuta qualificada e respeito à diversidade.
- **Articulação com a rede SUS e com os territórios:** para garantir a continuidade do cuidado e apoio especializado.
- **Fortalecimento da atenção primária:** como espaço ético e político de acolhimento, vínculo e cuidado integral.
- **Escuta ativa dos/as adolescentes:** como prática cotidiana e como ferramenta de transformação institucional.

Consciente dessas barreiras na socioeducação, o Ministério da Saúde e o Ministério dos Direitos Humanos realizaram, em 2014, uma oficina nacional com representantes das cinco regiões do país, juízes, promotores e entidades da sociedade civil voltadas aos direitos humanos para debater e construir coletivamente um documento nacional sobre saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes em privação de liberdade.

O objetivo foi elaborar subsídios técnicos e políticos para orientar a atuação de profissionais de saúde e do sistema socioeducativo na promoção, proteção e recuperação da saúde sexual e reprodutiva dessa população.

As discussões se concentraram em três nós críticos:

- **Formação e informação** dos/as adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva durante o atendimento socioeducativo.

- **Direito à visita íntima** e procedimentos para sua efetivação nas unidades socioeducativas.
- **Disponibilização de preservativos** e proteção à saúde sexual e reprodutiva durante a internação.

Os debates foram realizados em grupos e organizados a partir de questões norteadoras, com vistas à construção de referenciais intersetoriais que refletiram um processo participativo e coletivo.

Saiba mais

Consulte o Relatório Oficina Nacional SSSR PNAISARI.

Considerações finais

A efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes em medida socioeducativa exige mais do que protocolos: requer uma transformação profunda da cultura institucional, formação continuada dos/as profissionais, escuta ativa dos/as adolescentes e compromisso político com a proteção integral. É necessário enfrentar os preconceitos, superar as concepções moralizantes e construir práticas intersetoriais que reconheçam os/as adolescentes como sujeitos de direitos, mesmo – e especialmente – em contextos de privação de liberdade.

A saúde sexual e reprodutiva não é um benefício concedido: é um direito humano fundamental, respaldado por tratados internacionais, pela Constituição Federal e pelas leis brasileiras. Garantir esse direito é promover cidadania, dignidade e justiça para adolescentes historicamente invisibilizados/as. O fortalecimento da PNAISARI e sua plena implementação nos territórios é condição essencial para que o cuidado em saúde seja, de fato, um instrumento de inclusão e reconstrução de trajetórias.

Referências bibliográficas

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia; SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. Disponível em: https://www.cepac.org.br/agentesdacidadania/wp-content/uploads/2014/04/Unesco_juventudes_sexualidade.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA (ANDI); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Sem prazer, sem afeto**: sexualidade e prevenção às DST/aids nas instituições de privação de liberdade de adolescentes. Brasília: [*s. n.*], 2002. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/sprazer_safeto.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.426, de 11 de julho de 2004**. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/diretrizes. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 2 out. 2025.

BRASIL. **Portaria n. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Regras de Havana**: regras das Nações Unidas para a proteção de adolescentes privados(as) de liberdade. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/08/regras-havana.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Bangkok**: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecdc40afbb74.pdf. Acesso em: 2 out. 2025.

FRANCO NETTO, Thereza de Lamare. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes privados de liberdade**: a experiência do CAJE-DF. 2008. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/6419/1/2008_TherezaLamareFrancoNetto.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.

GARCIA, Aline Monteiro; GONÇALVES, Hebe Signorini. Sexualidade na medida socioeducativa de internação: traçando pistas por uma revisão da literatura. **Psicologia**: Ciência e Profissão, [*s. l.*], v. 39, e184463, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003184463. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/tRSSYdNgzVdTbtxhqJ5Tspv/?format=html. Acesso em: 9 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). **Portal Nações Unidas Brasil**, [*s. l.*, 202-?]]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 2 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova York: ONU; UNICEF, 1989. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca. Acesso em: 2 out. 2025.

ONU MULHERES. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim: ONU Mulheres, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/ods/plataforma-de-beijing. Acesso em: 2 out. 2025.

SILVA, Enid Rocha Andrade; GUERESI, Simone. **Adolescentes em conflito com a lei**: situação do atendimento institucional no Brasil. Brasília: IPEA, 2003.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **International Conference on Population and Development**. Cairo: UNFPA; ONU, 1994. Disponível em: https://www.unfpa.org/icpd. Acesso em: 2 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Yogyakarta Principles**: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Genebra: World Health Organization, 2006. Disponível em: https://yogyakartaprinciples.org/. Acesso em: 28 out. 2025.

Saúde bucal na atenção integral aos adolescentes em atendimento socioeducativo

Anna Karina Martins de Oliveira
Jacyane Melo de Oliveira Santos

Este capítulo tem como finalidade apoiar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado integral e humanizado de adolescentes em atendimento socioeducativo. Serão discutidos aspectos relacionados à saúde bucal, reconhecida como linha de ação do cuidado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI).[1]

1 Brasil, 2021.

Nesse sentido, sabemos que, muitas vezes, no dia a dia do trabalho na APS, a saúde bucal é vista como uma responsabilidade exclusiva da odontologia – mas queremos aqui ampliar esse olhar. Mais do que falar sobre prática clínica, este texto é um convite à reflexão sobre acolhimento, escuta, vínculo, autoestima, dignidade e oportunidades de vida. Por isso, ele é para todos que compõem a equipe: enfermeiros, agentes comunitários, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e tantos outros que, juntos, constroem o cuidado em rede.

Vamos lá?

Saúde bucal e adolescências

A adolescência é uma etapa profundamente transformadora do desenvolvimento, na qual ocorrem mudanças físicas, emocionais, na maneira de se relacionar e, principalmente, na forma como o/a adolescente vê o mundo e nele se posiciona. Em meio a tantas transformações, a saúde bucal pode representar, ao mesmo tempo, experiências positivas e negativas relacionadas à identidade, à aceitação, ao autocuidado, ao acesso e às oportunidades.[2]

2 Wendt *et al.*, 2023.

Para os/as adolescentes, a saúde bucal é, de modo geral, vista como o ato de cuidar, escovar e olhar os dentes. A percepção de uma boa saúde bucal, por sua vez, costuma estar associada à ausência de dor e de cáries e a atributos estéticos, como dentes limpos, brancos e alinhados, mas raramente está relacionada a funções como mastigar, falar e respirar sem incômodo.[3]

3 Östberg *et al.*, 2002.

Apesar disso, os problemas de saúde bucal podem impactar, de forma multidimensional, não apenas os/as adolescentes, mas também sua família. Uma dor de dente, por exemplo, pode resultar em dificuldade para se alimentar e dormir, comprometer a rotina escolar, o convívio social, o desempenho nas atividades diárias e até mesmo a organização familiar. Uma demanda estética, por outro lado, pode reforçar sentimentos de exclusão, baixa autoestima, vergonha e ansiedade.[4]

4 Brasil, 2022; Brasil, 2025a.

Vamos ver um exemplo:

> Um adolescente começa a sentir dor constante em um dente, mas hesita em procurar ajuda. Na escola, a dor dificulta a concentração e o faz evitar sorrir ou conversar, com receio de comentários ou julgamentos. Ele passa a recusar convites dos amigos, sentindo-se envergonhado com o mau hálito e com a aparência dos dentes. Esse problema, que poderia ser resolvido com atendimento da equipe multiprofissional, ganha um peso adicional, já que o jovem passa a se sentir diferente, isolado e inseguro em relação à sua imagem. Neste caso, a experiência da dor e a vergonha não afetam apenas sua saúde física, mas também a autoestima, o desempenho e a forma de se relacionar com o mundo.

Em contextos de maior vulnerabilidade, esses desafios podem se apresentar de maneira ainda mais intensa, uma vez que a saúde, frequentemente, acaba por

ocupar um lugar secundário diante de privações em outras dimensões da vida, como alimentação, moradia e segurança.[5] Para esses/as adolescentes, a ausência de cuidado odontológico é, mais do que tudo, um reflexo da exclusão social que reforça desigualdades, compromete sua inserção social e perpetua ciclos de marginalização.

5 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2021.

Por isso, é essencial considerarmos a saúde bucal para além da estética ou função, compreendendo que ela se conecta com o direito à saúde e à dignidade humana e pode causar repercussões diretas na vida e no futuro dos/as adolescentes.[6] Reconhecê-la como parte da saúde integral é o primeiro passo para uma abordagem que não trate apenas da doença, mas compreenda as diferentes dimensões que atravessam esse cuidado.

6 Glick *et al.*, 2016; World Health Organization, 2022.

VAMOS REFLETIR?

- Como a condição da saúde bucal dos/as adolescentes pode refletir a trajetória de vida e as barreiras de acesso aos serviços de saúde que eles/as enfrentaram?
- De que forma a falta de acesso e cuidado com a saúde bucal afeta a autoestima, a comunicação e a aceitação social desses/as jovens?

Saúde bucal e os/as adolescentes em atendimento socioeducativo

A situação da saúde bucal dos/as adolescentes em atendimento socioeducativo é complexa, pois eles/as carregam as marcas da vulnerabilidade social e da falta de acesso a serviços de saúde. É como se estivessem enfrentando obstáculos o tempo todo. A restrição de acesso ao processo de reabilitação, promoção e prevenção à saúde bucal, durante a privação de liberdade, é ainda mais cruel, por não apontar as diretrizes de proteção social, direitos que já lhes foram estruturalmente

negados. O *Levantamento nacional do SINASE – 2024* aponta que as demandas de consultas odontológicas são as mais recorrentes (15,8%) entre os/as adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.[7]

7 Brasil, 2025b.

ACESSE MAIS

Quadro interativo: ***Desafios do atendimento odontológico no contexto socioeducativo***

Trilhando a jornada do cuidado

No contexto da APS, a saúde bucal deve garantir aos/às adolescentes em atendimento socioeducativo o acesso às múltiplas dimensões do cuidado integral previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que envolvem: promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde.[8]

8 Brasil, 2017.

Esse compromisso com a integralidade é fortalecido pela Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente,[9] que estabelece as diretrizes para a organização do cuidado em rede, desde a APS com as equipes de Saúde Bucal (e-SB), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), até a atenção especializada, nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), nos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e na Assistência Hospitalar.[10]

9 Brasil, 2004.

10 Brasil, 2024.

Para isso, o planejamento em saúde é essencial, uma vez que organiza ações integradas, nos diferentes níveis de atenção, a partir de necessidades reais. Quando planejamos com método, participação e olhar territorial, conseguimos alinhar recursos, metas e responsabilidades, ampliando a resolutividade e fortalecendo vínculos. Nesse sentido, devemos observar:

Figura 1 – Fatores de singularidade dos/as adolescentes



Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Östberg *et al.* (2002) e Vazquez *et al.* (2015)

A quem esse cuidado se destina?

Compreender quem são os/as adolescentes do nosso território e como eles/as significam a própria saúde pode ajudar na identificação dos diferentes contextos que os/as atravessam, influenciando no desenvolvimento de hábitos, na adoção de práticas de autocuidado, em maior ou menor motivação e adesão aos cuidados propostos e na experiência relacionada aos serviços e tratamentos de saúde.

Não existem dois/duas adolescentes iguais; as histórias, os contextos e as relações se misturam de formas diferentes para cada um/a!

Vamos ver um exemplo?

Um adolescente passou a frequentar a Unidade Básica de Saúde e, desde a primeira visita, percebeu que foi tratado com respeito, recebeu explicações claras sobre os procedimentos e encontrou espaço para tirar dúvidas. Aos poucos, começou a confiar no serviço e a enxergá-lo como um lugar seguro, onde sente apoio não apenas para questões de saúde, mas também para compartilhar preocupações. Para ele, estar ali é sinônimo de acolhimento e segurança. Já seu amigo não teve a mesma vivência. Quando procurou o serviço, estava com dor e sentiu que teve que esperar muito tempo para ter informações, foi atendido de forma apressada e suas falas não foram valorizadas. Para ele, a UBS pareceu burocrática e distante, como se não houvesse espaço para sua voz ou para suas necessidades.

A diferença entre as duas experiências que você viu não está apenas na qualidade do atendimento técnico, mas na qualidade do vínculo estabelecido: enquanto um acolhe, o outro afasta. A APS pode ser um ponto de partida para a promoção da equidade, um verdadeiro espaço de dignidade e reconhecimento de singularidades.

VAMOS REFLETIR?

- Como estou escutando os/as adolescentes?
- O espaço que ofereço é acolhedor, inclusivo e seguro?
- Respeito suas singularidades, ou imponho normas e julgamentos?
- As estratégias de cuidado se aproximam dos/as mais vulneráveis?
- As ações educativas fazem sentido para os/as adolescentes, ou apenas seguem um protocolo?
- Busco formas de me comunicar e me relacionar com os/as adolescentes?

Como podemos promover o cuidado?

Promover cuidado em saúde bucal no contexto do socioeducativo significa acompanhar processos e sustentar caminhos que façam sentido para cada jovem, respeitando singularidades, mudanças e prioridades que podem variar ao longo do tempo, das oportunidades de vida, das relações e das expectativas. Isso implica construir metas possíveis, que não sejam rígidas e que valorizem as pequenas vitórias, sem esquecer das dificuldades que fazem parte do percurso. Para isso, é essencial:

- Realizar práticas acolhedoras, com linguagem acessível, atenção aos sinais não verbais e disposição para escutar sem julgar.
- Explicar as ações em saúde com clareza, pedir consentimento quando necessário e permitir que o/a adolescente expresse suas dúvidas.
- Não tratar o jovem de forma infantilizada, ignorando sua capacidade de decisão.
- Não culpabilizar o/a adolescente.

Considerar questões sociais, raciais e de gênero no planejamento em saúde.

Dessa forma, o cuidado incorpora vivências, com respeito e singularidade, tornando-se mais próximo da vida do/a adolescente; seus desejos e necessidades se transformam em objetivos claros, desdobrados em ações possíveis e em resultados que fazem sentido para ele/a. Vamos ver alguns microcenários que ilustram estas práticas (Figura 2)?

Figura 2 – Ilustração de práticas acolhedoras no cuidado em saúde bucal dos/as adolescentes

	Contexto	O que não fazer	O que fazer
1	O adolescente chega com dor após ter faltado em consultas anteriores	"Faltou de novo, né? Assim fica difícil ajudar." (culpabilização)	"Que bom que você veio hoje. Vamos começar pelo que está doendo. Depois combinamos, juntos, um jeito para os atendimentos caberem na sua rotina. Pode me contar como tem sido?" (escuta, acolhimento)
2	Antes do atendimento, a adolescente demonstra insegurança e diz ter medo	"É rápido, senta aí que eu resolvo." (decisão unilateral)	"Vou te mostrar os materais e explicar como funciona. Podemos seguir?" (clareza, consentimento)
3	Adolescente busca atendimento por sangramento gengival	"Abre a boquinha... vamos ver como você está cuidando desses dentinhos" (infantilização)	"Como você costuma escovar? Podemos olhar juntos no espelho, assim você tira suas dúvidas e eu posso dar umas dicas. Que tal?" (escuta, construção compartilhada)
4	O adolescente retorna após alguns meses com múltiplas cáries	"Você não cuida porque não quer. Assim não tem como melhorar." (culpabilização)	"Apareceram algumas novas cáries. O que dificultou manter o cuidado nesse período?" (identificação de barreiras)
5	Uma adolescente com histórico de violência relata desconforto com profissionais homens	""Aqui você será atendida por quem estiver." (insensibilidade)	"Você prefere ser atendida por profissional mulher? Posso organizar isso. Quer a presença de uma pessoa de confiança durante o atendimento?" (acolhimento)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Com quem e onde esse cuidado acontece?

Como vimos até agora, os desafios são emergentes e a abordagem na perspectiva da integralidade do cuidado evidencia que não "fazemos" saúde sozinhos, nem no campo da especificidade de cada profissional, tampouco no campo restrito da área da saúde. Assim, Cecílio[11] discute a integralidade do cuidado nas dimensões Focalizada e Ampliada.

11 Cecílio, 2001.

A Integralidade Focalizada é uma dimensão que se manifesta na micropolítica de um serviço de saúde específico, em seu espaço singular. Ela se refere ao esforço individual e coletivo dos/as trabalhadores/as,

que utilizam a escuta qualificada para identificar as necessidades de saúde dos/as usuários/as. Logo, esta dimensão resulta da integração de diversos saberes e práticas, sendo o fruto solidário e comprometido do trabalho em equipe.

Embora a Integralidade Focalizada desempenhe um papel fundante e essencial, o autor aprofunda a discussão para a chamada Integralidade Ampliada, a qual diz respeito à articulação em rede, considerando a conexão institucional, intencional e processual dos serviços – incluindo a Integralidade Focalizada de cada um com outros serviços de saúde, assim como os serviços de diversas áreas e setores.

Desse modo, a intersetorialidade ganha vida, desenhos e arranjos a partir dos encontros reais e singulares e reforça a necessidade de uma atuação cada vez mais estruturada e qualificada da APS com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde e da Rede de Proteção, garantindo a continuidade e a complexidade do cuidado que os/as adolescentes necessitam.

Quando esse cuidado deve acontecer?

Na chegada ao socioeducativo, o cuidado integral acontece através do acolhimento sem julgamento, da escuta qualificada e da avaliação das necessidades do/a adolescente. Isso inclui entender sua história recente, dores e sintomas, rotina, vínculos familiares e comunitários, barreiras de acesso e o que ele/a considera prioridade. Este primeiro contato é primordial para que o/a adolescente conheça as rotinas do serviço, aproximando-se da Unidade Básica de Saúde de referência.

Durante o cumprimento da medida, o cuidado integral se sustenta em acompanhamentos regulares que buscam estabelecer vínculo com o/a adolescente. Nesta etapa, o foco é apoiá-lo/a na tomada de decisões,

monitorar sinais de alerta e reduzir barreiras (transporte, horário, recursos, entre outros) ao cuidado. Para isso, é fundamental a participação familiar e articulação com os diferentes pontos de cuidado.

Na preparação para a saída (meio fechado) ou para o encerramento da medida (meio aberto), o cuidado deve ser um instrumento de transição, com a retomada do que foi feito e do que falta concluir, a identificação de sinais de alerta e a instrução sobre contatos úteis. Sempre que possível, deve ser agendado o primeiro atendimento na UBS de referência do território, com orientações simples sobre documentos, endereço e formas de contato.

Após o retorno à comunidade, o cuidado se consolida através de ações como a confirmação do comparecimento na primeira consulta, atualização do plano à nova rotina e reforço de combinados. Nas primeiras semanas, o contato ativo e a visita domiciliar são essenciais para mitigar o abandono; depois, os intervalos podem ser espaçados, mantendo o/a adolescente como protagonista do cuidado.

Nesse sentido, é fundamental mostrarmos ao/à adolescente que o cuidado o/a acompanha – antes, durante e após a medida. Ao promover autonomia e fortalecer o vínculo durante todas as etapas, garantimos que ele/a saiba como e quando procurar e acessar os pontos da rede e o que fazer caso algo saia do combinado.

Na prática, como isso pode ser feito?

Vimos que o sucesso da atenção integral permeia a atuação interprofissional e colaborativa com a articulação em redes. Na prática, isso exige que a equipe da APS incorpore a clínica ampliada e vá além das consultas individuais, fragmentadas e centradas na doença.[12] Aos/às profissionais, cabe operar a escuta qualificada de

12 Campos, 2003.

modo integrado, reconhecendo que a necessidade de saúde do indivíduo, seja clínica, social, ou psicológica, requer a mediação de diferentes saberes e práticas e a interseção intersetorial. Portanto, a APS se estabelece como o ponto estratégico longitudinal, coordenador do cuidado em saúde e ordenador das redes.[13]

13 Brasil, 2017.

Aqui, apresentamos de forma didática uma possível jornada do/a adolescente na Unidade Básica de Saúde, desde o primeiro contato até a alta e o acompanhamento preventivo, garantindo um cuidado humanizado e centrado no sujeito. Convidamos você a se debruçar sobre um esquema metodológico que elaboramos, a Metodologia aplicada à APS em cinco etapas, e a discutir com a sua equipe os caminhos factíveis a partir de suas realidades locais, considerando os territórios, as necessidades individuais e coletivas, os fatores de risco, as vulnerabilidades, os recursos disponíveis e as articulações concretas.

Integrando a saúde bucal na avaliação de risco dos/as adolescentes

Neste tópico, convidamos você a assistir à animação *Nuggets*, um curta-metragem poderoso e alegórico. Com uma linguagem sutil, a animação ilustra o ciclo de busca, recompensa e dependência. O percurso da pequena ave Kiwi, que não é voadora, ao experimentar um *nugget* luminoso, representa a atração pela satisfação imediata que, ao ser repetida, exige doses cada vez maiores e leva a um isolamento gradual e destrutivo. Essa alegoria nos permite a reflexão crítica e a compreensão da dependência como um processo neurobiológico e comportamental, impactando na qualidade da nossa intervenção.



Quais são os sinais sutis que meus/minhas pacientes demonstram (físicos, emocionais ou comportamentais) que indicam semelhança com o curta-metragem *Nuggets*?

A jornada em *Nuggets* é a jornada silenciosa de muitos/as adolescentes e jovens que atendemos. Abordar temas sensíveis, como o uso de substâncias, que engloba álcool, nicotina (em cigarros, vapes e tabaco) e outras drogas, com um olhar acolhedor e sem julgamentos é fundamental para nossa prática. Por isso, nesta seção, nosso foco é integrar a saúde bucal como oportunidade estratégica para o diálogo e o rastreamento do uso de substâncias, para identificar precocemente riscos, vulnerabilidades e planejar intervenções.

Criar um espaço seguro e de confiança nos permite ir além da queixa imediata. A realidade exige essa proatividade: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) mostram que **63,3%** dos escolares entre 13 e 17 anos já experimentaram bebida alcoólica, sendo que **34,6%** o fizeram antes dos 14 anos. Além disso, **47%** dos que experimentaram relataram ter tido episódios de embriaguez. Os números se estendem à experimentação de cigarro (**22,6%**) e de drogas ilícitas (**13%**), como maconha, cocaína, crack e ecstasy, evidenciando que essa é uma realidade presente em nossas comunidades.[14]

14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021.

SAIBA MAIS

Confira o que Marco Andreazzi, gerente dessa pesquisa, destacou neste vídeo.

Essa urgência se intensifica no acompanhamento dos/as adolescentes que cumprem medidas socioeducativas,

em virtude da extrema vulnerabilidade e dos riscos a que esses indivíduos estão expostos. O *Levantamento nacional do SINASE – 2024*[15] revela que o consumo de álcool e outras drogas representa 14,6% das demandas atendidas nos estabelecimentos de saúde. Nesses casos, a interface entre a saúde, o sistema socioeducativo e o de garantias de direitos é crucial e exige de nós a reflexão prática para garantir uma avaliação de risco precisa e um cuidado realmente resolutivo.

15 Brasil, 2025b.

SAIBA MAIS

A entrevista CRAFFT 2.1+N é uma ferramenta de triagem simples e validada, e pode ser nossa aliada por auxiliar e mapear o uso de substâncias de forma estruturada e para guiar um aconselhamento breve e eficaz.

VAMOS REFLETIR?

◢ Que emoções ou preconceitos o uso de substâncias por adolescentes desperta em mim? Como posso garantir que minha linguagem corporal e minhas perguntas transmitam acolhimento e isenção de julgamento ao invés de crítica?

◢ Diante dos dados alarmantes, levantados pela PeNSE, como garantimos que a triagem com o CRAFT 2.1+N seja feita com acolhimento total, especialmente para adolescentes em vulnerabilidade ou em medidas socioeducativas?

◢ Qual o fluxo de encaminhamento/matriciamento para os/as adolescentes identificados/as no uso de substâncias?

◢ A rede de atenção e proteção está clara para toda a equipe?

Impactos orais do uso de drogas: o olhar da APS e a abordagem interprofissional

O uso de álcool e outras drogas debilita o organismo e reduz a imunidade. Isso aumenta a susceptibilidade a doenças e más condições de saúde, incluindo a boca, que sofre impactos imediatos, que por vezes são graves e irreversíveis. Esses danos podem ser diretos ou indiretos, agravados por comportamentos e estilo de vida.[16] Sendo assim, seus sinais devem ser ativamente procurados por todos/as que fazem a APS.

16 Shekarchizadeh *et al.*, 2013; Ferreira *et al.*, 2018.

Ao examinar o/a adolescente, o/a profissional de saúde deve investigar o histórico de uso de substâncias, mas também considerar outras causas para os sintomas. O diagnóstico diferencial correto possibilita garantir o tratamento adequado e individualizado.

O tratamento de sintomas ou lesões orais causadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas exige uma abordagem multifacetada, pois é crucial tratar tanto os problemas bucais quanto a causa-raiz: o uso abusivo de substâncias. O tratamento ideal combina cuidados odontológicos, acompanhamento médico e apoio psicológico e social, na perspectiva da interprofissionalidade. O infográfico Agravos orais em usuários de drogas: sinais, causas e observações sintetiza de forma clara as informações sobre os efeitos negativos do abuso do uso de drogas na saúde bucal, a partir do levantamento realizado no estudo de revisão por Shekarchizadeh *et. al*.[17]

17 Shekarchizadeh *et. al*, 2013.

Caminhos, oportunidades e sorrisos

A saúde bucal de adolescentes em medidas socioeducativas reflete vulnerabilidades estruturais e exige que a APS assuma o seu papel estratégico como coordenadora do cuidado. Este capítulo reforça que a saúde

bucal vai muito além do tratamento clínico de cáries e doenças periodontais; ela é um pilar fundamental da dignidade humana, da autoestima e da reinserção social desses/as adolescentes e jovens. Portanto, ao guiar o/a adolescente através da jornada de cuidado (a porta de entrada/a avaliação/o acordo terapêutico/a intervenção/a autonomia), a APS não só garante o direito à saúde integral, mas também contribui ativamente para a sua autonomia e para a construção de projetos de vida com mais oportunidades, confirmando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

SESSÃO PIPOCA

◢ **Documentário/filme:** *Quebrando o Tabu* (2011)
Documentário brasileiro sobre a temática do combate às drogas, dirigido por Fernando Grostein Andrade e contando com a participação em forma de depoimento de personalidades como Fernando Henrique Cardoso, Paulo Coelho e Dráuzio Varella.
◢ **Animação:** *Redução de danos* (2023)
Produzido pelo Núcleo de Estudos em HIV/AIDS e Doenças Associadas (Neaids), no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (CE).
◢ **Vídeo:** *O que é a estratégia de redução de danos para usuários de drogas?* (2024)
Entrevista com a psicóloga e vice-presidente da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Maria Angélica Comis, que explica a essência da iniciativa.

SAIBA MAIS

◢ **Sobre a história da Política Nacional de Saúde Bucal** acessando a linha cronológica do Brasil Sorridente.
◢ **A equipe de Saúde Bucal e o enfrentamento das violências**. Publicação do Ministério da Saúde, a cartilha orienta profissionais da saúde bucal sobre identificação, acolhimento, notificação e encaminhamento de casos, na perspectiva de que reconhecer essas situações e agir de forma adequada é uma responsabilidade ética e legal.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n. 2, anexo XXII, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_adolescentes_conflito.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Saúde Bucal**: Caderno Temático do Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento nacional do SINASE – 2024**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania; Universidade de Brasília, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/copy_of_levantamento2024SINASE.php.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 51-67.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Aos sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

FERREIRA, Warli de Brito *et al*. Saúde bucal de usuários de drogas institucionalizados. **Enfermería Actual de Costa Rica**, [*s. l.*], n. 35, p. 24-37, jul. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32429. Disponível em: https://archivo.revistas.ucr.ac.cr//index.php/enfermeria/article/view/32429. Acesso em: 19 set. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pobreza multidimensional na infância e na adolescência no Brasil**. Brasília: UNICEF, 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/32741/file/relatorio-pobreza-multidimensional-infantil.pdf.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.

GLICK, Michael *et al*. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **Journal of the American Dental Association**, [*s. l.*], v. 147, n. 12, p. 915-917, dez. 2016. Disponível em: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(16)30786-3/fulltext. Acesso em: 8 out. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Seis em cada dez estudantes haviam

experimentado bebida alcoólica na pré-pandemia. **Agência IBGE Notícias**, 10 set. 2021. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31580-seis-em-cada-dez-estudantes-haviam-experimentado-bebida-alcoolica-na-pre-pandemia. Acesso em: 17 set. 2025.

NUGGETS. Direção: Andreas Hykade. Produção: Thomas Meyer-Hermann. Alemanha: Studio FILM BILDER, 2014. 1 vídeo (4 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HUngLgGRJpo. Acesso em: 28 set. 2025.

ÖSTBERG, Anna-Lena *et al*. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. **Acta Odontologica Scandinavica**, [*s. l.*], v. 60, p. 167-173, jan. 2002. DOI: https://doi.org/10.1080/000163502753740197. Disponível em: https://medicaljournalssweden.se/actaodontologica/article/view/38962. Acesso em: 28 set. 2025.

SHEKARCHIZADEH, Hajar *et al*. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. **Iran J Public Health**, [*s. l.*], v. 42, n. 9, p. 929-40, set. 2013. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4453891/. Acesso em: 19 set. 2025.

VAZQUEZ, Fabiana de Lima *et al*. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 20, n. 7, p. 2.147-2.156, jul. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.04502014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rRpK8nw8qyFFQzmpjdXhGJP/?lang=pt. Acesso em: 29 set. 2025.

WENDT, Andrea *et al*. Health inequalities in Brazilian adolescents: measuring and mapping gaps in a cross-sectional school-based survey. **Health Science Reports**, [*s. l.*], v. 6, n. 12, e1761, dez. 2023. DOI: https://doi.org/10.1002/hsr2.1761. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hsr2.1761. Acesso em: 1 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global oral health status report**: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484. Acesso em: 24 set. 2025.

Bios dos autores

Anna Karina Martins de Oliveira
Odontóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Odontologia (UFRGS). Exerce função de Analista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde atua na Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Cláudia Lúcia Barbosa Salomão
Médica. Coordenadora do Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência da Residência da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Presidente do Departamento de Ginecologia da Infância e Adolescência da Sociedade Mineira de Pediatria/Membro do Comitê de Ginecologia da Infância e Adolescência da SOGIMIG. Membro da Comissão Especializada em Ginecologia da Infância e Adolescência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. International Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology – International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology. Consultora do Projeto Adolescência e Tessituras.

Jacyane Melo de Oliveira Santos
Cirurgiã-Dentista, Especialista e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRN. Sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, integra o Núcleo de Inovação, Pesquisa e Extensão da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e exerce atualmente a vice-presidência da Revista Diálogos em Saúde Pública e Revista Encontros & Ações. Integra a Equipe de Governança do Projeto Adolescências e Tessituras.

Patrícia Regina Guimarães
Professora do curso de Medicina da PUC Minas. Pediatra e médica de adolescentes do Hospital das Clínicas/UFMG. Coordenadora Adjunta do Programa de Extensão Janela da Escuta. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente.

Thereza de Lamare Franco Netto
Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz), Mestre em Políticas Sociais pela Universidade de Brasília (UnB) e Graduada em Comunicação Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Servidora e gestora pública com mais de 30 anos de atuação na área da infância e adolescência, ocupou por 15 anos o cargo de Coordenadora-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens no Ministério da Saúde. Posteriormente, assumiu a coordenação do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, referência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Atualmente, está como apoiadora técnica da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde em parceria com a ENSP/FIOCRUZ e consultora da Childhood e UNICEF. Consultora do Projeto Adolescência e Tessituras.

Lista de siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APGAR – Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração
APS – Atenção Primária à Saúde
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CHO – Contraceptivo Hormonal Oral
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COC – Contraceptivo Oral Combinado
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DIU – Dispositivo Intrauterino
DSDR – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
e-SB – equipes de Saúde Bucal
FEBRASGO – Associação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial
HC – Hospital das Clínicas
HEEADSSS – *Home / Education Employment / Eating Disorders / Activities / Drugs / Sexuality / Security / Suicide*
HIV – Human Immunodeficiency Virus (Tradução: Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV - Papilomavírus Humano
IMC – Índice de Massa Corporal
IST – Infecção Sexualmente Transmissível

JAMA – Journal of the American Medical Association (tradução: Jornal da Associação Médica Americana)
LARC - *Long-Acting Reversible Contraceptives*
LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MPA-D – Acetato de medroxiprogesterona
ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PEP – Profilaxia Pós-Exposição
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PrEP - Profilaxia pré-Exposição
Sesb – Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIU – Sistema Intrauterino
SOGIA – Associação de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e da Adolescência
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEMG - Universidade do Estado de Minas Gerais
UFC – Universidade Federal do Ceará
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Tradução: Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas
UOM – Unidades Odontológicas Móveis

Glossário SUS

Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS): a AB/APS é o primeiro nível de atenção em saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigidas à população em um território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Equipes de Saúde da Família (eSF): são as equipes multiprofissionais que executam a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Elas trabalham no território definido, assumindo a responsabilidade sanitária pela população adscrita. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a eSF é composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- Médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade).
- Enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família).
- Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem.
- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A equipe também pode ser complementada por Agente de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Além das eSF, a PNAB e as regulamentações mais recentes reconhecem e preveem a existência de diversas modalidades de equipes que compõem e complementam a APS no SUS.

Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti): instituída pela Portaria n. 635/2023, a eMulti é uma estratégia que reorganiza as equipes, incorporando profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento para atuar de forma integrada e complementar às equipes de Saúde da Família (eSF). Dessa forma, visa fortalecer o cuidado integral e ampliado na APS em diferentes modalidades (ampliada, complementar, estratégica), focando na resolutividade e longitudinalidade do cuidado.

Estratégia de Saúde da Família (ESF): é o modelo prioritário da PNAB para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil. Ela favorece uma reorganização do processo de trabalho na AB, com o maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades. A ESF consolida a APS e favorece uma abordagem territorializada, centrada na integralidade do cuidado, no acolhimento e no vínculo com os usuários.

Sistema Único de Saúde (SUS): é a denominação do sistema público de saúde no Brasil. Este sistema oferta ações e serviços de saúde pública, prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público; e por instituições privadas, de forma complementar.

Unidade Básica de Saúde (UBS): é um estabelecimento de saúde que funciona como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Compõe a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS.

Glossário dos capítulos

Gênero: Construção social, política e histórica que atribui sentidos ao que se entende por masculino e feminino, indicando o aspecto relacional, e não inato, não refletindo uma realidade biológica.

Identidade de gênero: Experiência interna e individual de cada pessoa em relação ao seu próprio gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento.

LGBTIAP+: Sigla que contempla lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexuais, assexuais, pansexuais e gêneros neutros. O uso do sinal "+" cumpre a função de busca por abarcar as diferentes formas de orientação sexual e identidade de gênero que sofrem discriminação e preconceito.

Orientação sexual: Diz respeito à atração emocional, romântica e/ou sexual por outras pessoas.

Racismo: Discriminação baseada na falsa ideia de superioridade racial, pautada em características fenotípicas, como: cor da pele, textura dos cabelos, traços do rosto, além de preconceitos em torno de uma cultura ou religião. Pode ser individual, institucional ou estrutural.

Sexualidade: Para a OMS, trata-se de um aspecto central do ser humano ao longo da vida, que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Violência: Evento representado por ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, governos ou nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.[1]

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf/view. Acesso em: 21 set. 2025, p. 89.

JANELA DA ESCUTA

ADOLESCÊNCIAS E TESSITURAS

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE