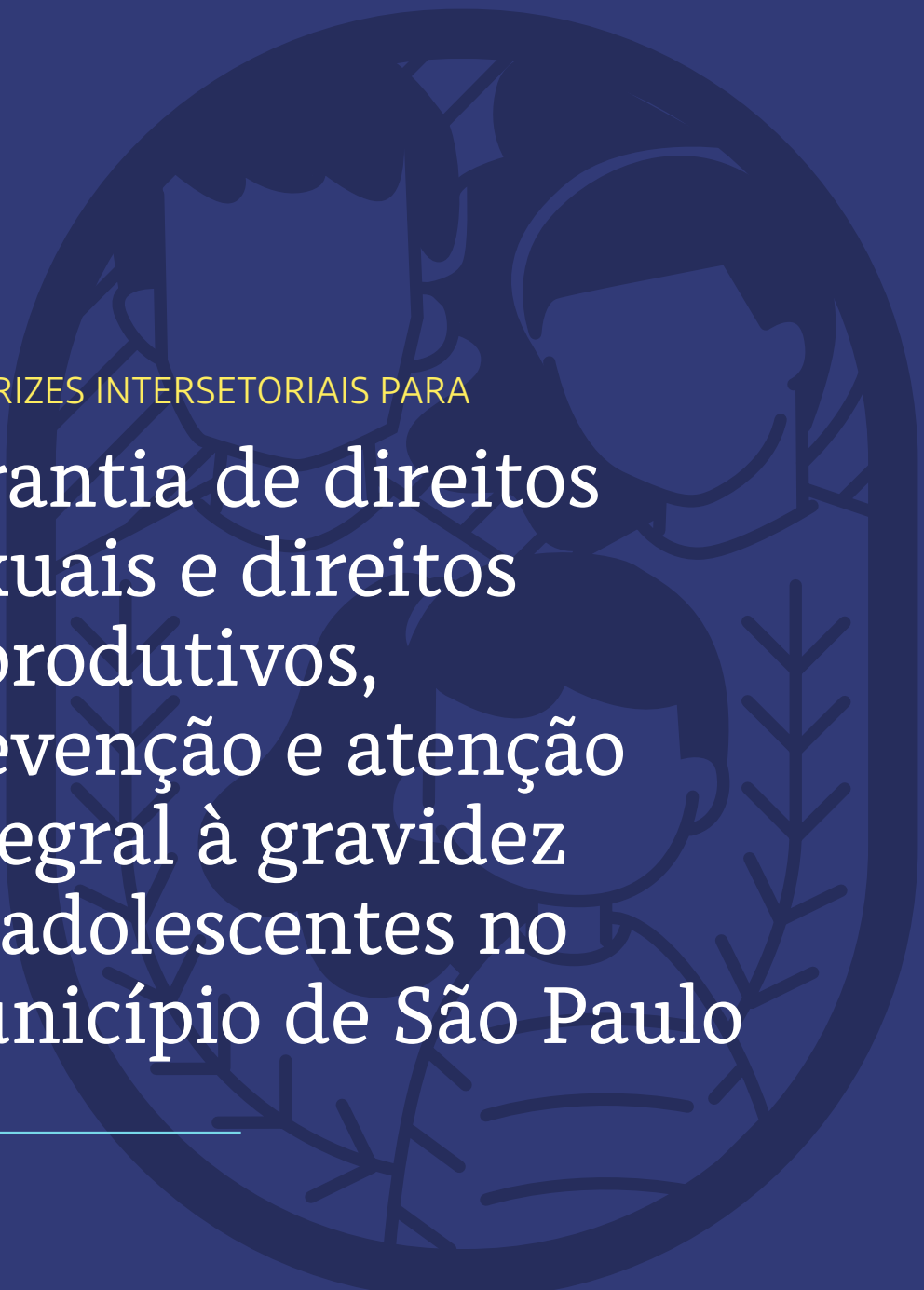
DIRETRIZES INTERSETORIAIS PARA

# garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, prevenção e atenção integral à gravidez de adolescentes no município de São Paulo



EECOSS · PLAN INTERNATIONAL · INSTITUTO KAPLAN · Santa Fé · unicef · CIDADE DE SÃO PAULO

Este documento foi elaborado como parte do
**Plano de Impacto Coletivo da edição 2017-2020**
**da Plataforma dos Centros Urbanos**,
uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância
(UNICEF) com a Prefeitura de São Paulo.

PARTICIPARAM DESTA CONSTRUÇÃO COLETIVA:

**Ecos Comunicação em Sexualidade**
**Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**
**Instituto Kaplan**
**Plan International**
**Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Educação de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo**
**Secretaria de Governo Municipal de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**

Edição **Maria Adrião**
Revisão de texto **B&C Textos**
Diagramação **Estúdio Aya**

São Paulo, dezembro de 2020

DIRETRIZES INTERSETORIAIS PARA

# garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, prevenção e atenção integral à gravidez de adolescentes no município de São Paulo

## SUMÁRIO


04 Apresentação

07 Introdução

11 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Adolescência

25 ..... Prevenção à Gravidez na Adolescência

41 ..... Atenção à Adolescente Grávida

51 ..... Atenção a Situações de Violência

62 Anexo

63 Referências

# Apresentação

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA É UM FENÔMENO COMPLEXO E ENVOLVE MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA VIDA HUMANA.

Está diretamente relacionada ao contexto sociocultural, econômico e político, assim como às dimensões étnico-raciais e de gênero. Portanto, a prevenção da gravidez durante a adolescência exige esforços dos distintos setores públicos responsáveis pela formulação e pela implementação de políticas públicas que têm como perspectiva central os direitos humanos, mas demanda também o envolvimento de todos os setores da sociedade civil.

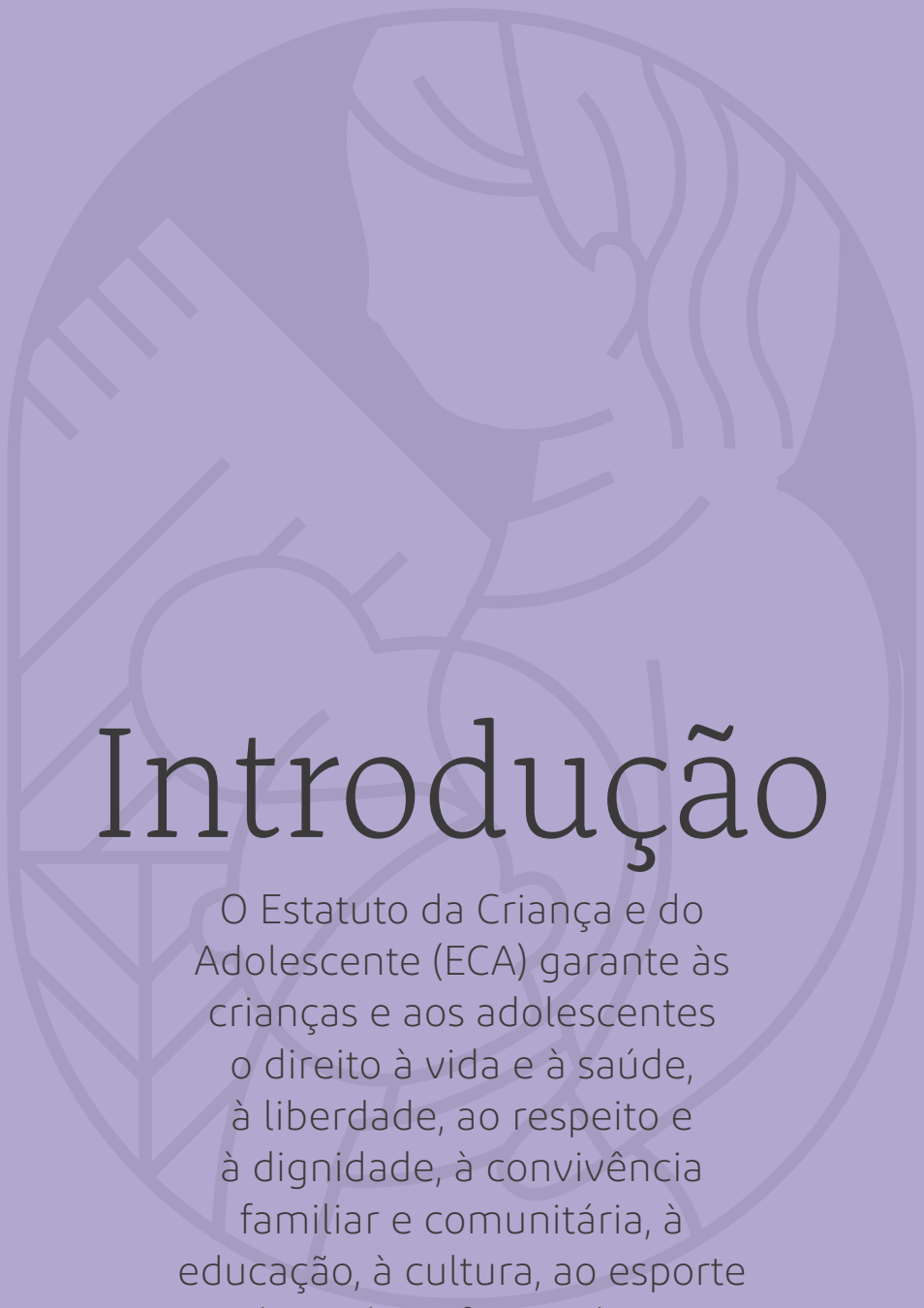
Neste documento, a Prefeitura de São Paulo e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apresentam as Diretrizes Intersetoriais para Garantia de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Prevenção e Atenção Integral à Gravidez de Adolescentes[1] no Município de São Paulo. Este documento foi construído em parceria com Plan International, Instituto Kaplan, Ecos Comunicação em Sexualidade e Associação Santa Fé, no âmbito da Plataforma dos Centros Urbanos (2017-2020), uma iniciativa pela redução das desigualdades e pela garantia dos direitos de meninas e meninos que vivem na cidade.

As Diretrizes Intersetoriais aqui apresentadas buscam orientar a atuação articulada dos profissionais dos serviços públicos de saúde, educação, assistência social e proteção. Seu objetivo é promover a atenção integral na prevenção e no cuidado da gravidez na adolescência, ampliando a garantia de direitos de crianças e adolescentes no município de São Paulo.

1 No Brasil, do ponto de vista legal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança como a pessoa de 0 a 12 anos incompletos e adolescente como a pessoa entre 12 e 18 anos incompletos. Como historicamente se observa um número expressivo de gestações entre crianças menores de 12 anos, estas também são consideradas no presente documento.

Tratar a gravidez na adolescência sob uma perspectiva preventiva e de atenção integral à menina e ao menino adolescentes proporciona a estes sujeitos o exercício da vida sexual e reprodutiva com base em valores e comportamentos mais autônomos, com decisões mais responsáveis, além da construção de projetos de vida a longo prazo. Favorece também que a gestante adolescente tenha uma gravidez saudável e uma rede de cuidado e proteção para ela e o bebê, garantindo o atendimento de suas necessidades psicossociais, como a permanência na escola, o apoio da comunidade, da família e do pai adolescente.

A partir das diretrizes, ações integradas das secretarias responsáveis devem ser permanentemente fortalecidas, monitoradas e avaliadas nos diferentes níveis de implementação, de modo a alcançar cada vez mais as crianças e os adolescentes mais vulneráveis da cidade.



# Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante às crianças e aos adolescentes o direito à vida e à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e à proteção no trabalho.

Portanto, é neste contexto que este documento está inserido, visando contribuir para a resposta aos muitos desafios na prática cotidiana dos profissionais envolvidos com a garantia de direitos de crianças e adolescentes. Deve impactar diretamente no *modus operandi* do trabalho com adolescentes, e basear-se nos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que preconiza a autonomia, o protagonismo e a participação dos adolescentes. Assim sendo, emerge a necessidade da articulação em rede e do olhar amplo para as diferentes adolescências e suas especificidades.

Destaca-se, desta forma, a importância de criar ambientes e oportunidades que reconheçam, valorizem e considerem a pluralidade em meio a crianças e adolescentes, sem discriminação em função de sexo, raça/etnia, orientação sexual, identidades de gênero, deficiência, opção religiosa/credo, território onde vivem, nacionalidade, opção política, classe social e geração a que pertencem, incluindo aqueles que vivem em situação de rua ou cumprem medidas socioeducativas, assim como imigrantes, indígenas, institucionalizados e judicializados.

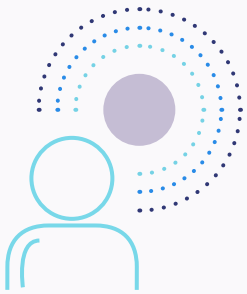
A elaboração do documento foi permeada pela máxima de que todos devem ter garantido o exercício de seus direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Para tanto, faz-se necessário que os serviços sejam sensibilizados e estejam preparados para falar sobre o assunto, acolher e, quando necessário, encaminhar as questões e demandas relacionadas à gravidez na adolescência. Devem ser consideradas as necessidades dos adolescentes, dando a eles voz e vez, trazendo para a reflexão suas realidades, vivências e experiências, de modo a fomentar comportamentos autônomos e responsáveis.

Este material abarca os fundamentos legais e normativos sobre gravidez na adolescência, discute formas de prevenção e de atenção à adolescente grávida – incluindo a perspectiva dos meninos parceiros na gravidez –, considera o trabalho articulado em rede, promove e incentiva a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dos adolescentes. Possibilita também o exercício da reflexão e o desenvolvimento da responsabilidade desses adolescentes em relação a uma temática que precisa ser debatida e esclarecida, de modo a favorecer a construção de projetos de vida a longo prazo, e assim intervir de forma positiva em suas realidades.

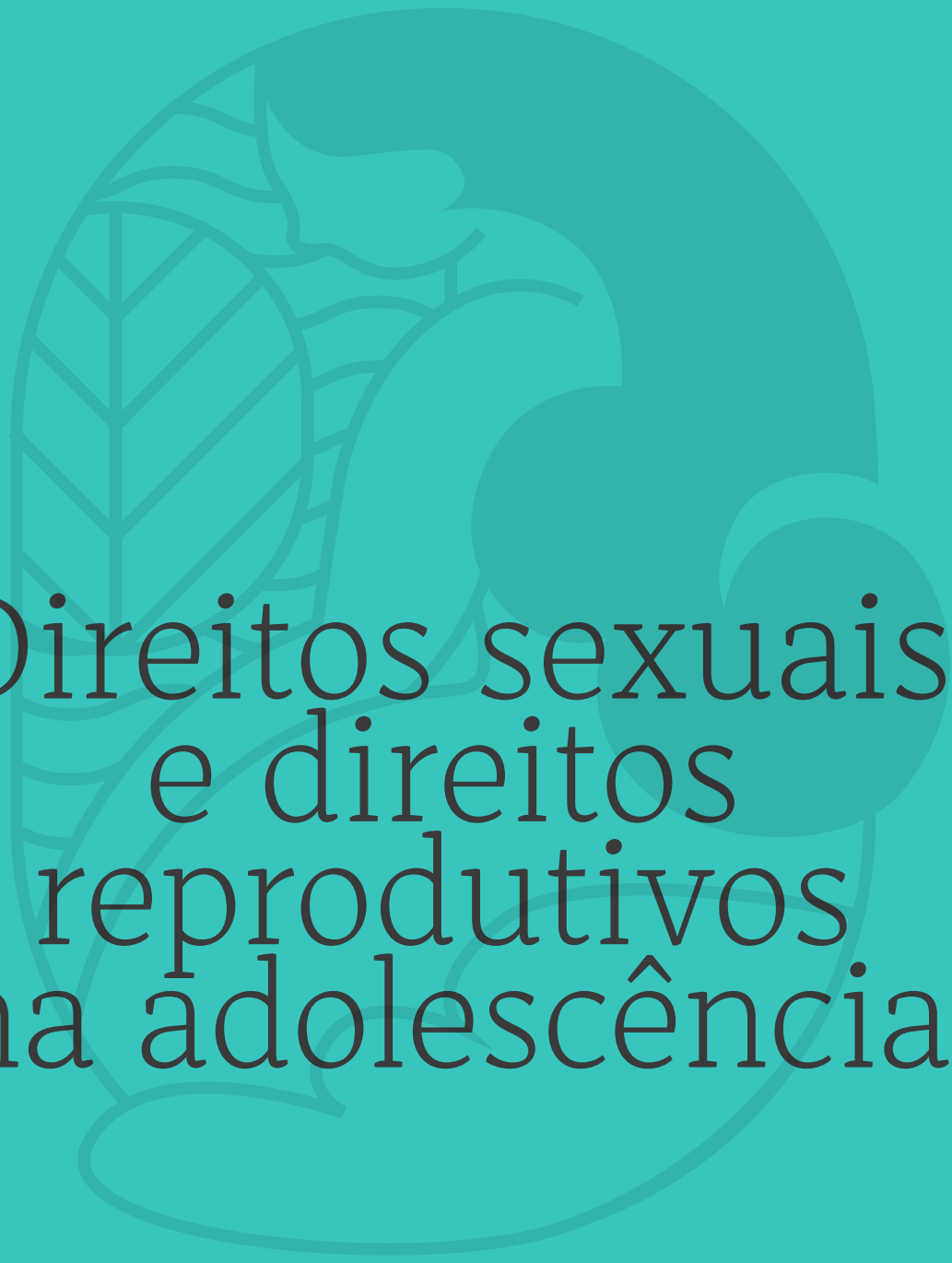
Para a definição das diretrizes aqui apresentadas, foram mobilizados diferentes setores das secretarias municipais da cidade de São Paulo, especialistas e representantes de organizações da sociedade civil, que contribuíram com conhecimentos e experiências específicas de cada área que lida com crianças e adolescentes nas mais diversas regiões do município.

Na introdução, o documento traz o tema da gravidez na adoles-

cência à luz dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, os marcos legais, nacionais e internacionais, e as normativas que orientam esses direitos. Em seguida, apresenta três eixos estratégicos. O primeiro aborda a prevenção da gravidez na adolescência, com a atuação integrada dos diversos serviços no que diz respeito à formação dos profissionais, à orientação aos adolescentes, à atenção direta nas comunidades, aos métodos contraceptivos e à realização dos exames preventivos. O segundo eixo versa sobre a atenção à adolescente grávida, com a articulação dos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social, com vistas à permanência na escola, à realização do pré-natal, ao direito a renda, ao exercício da paternidade e à atenção psicossocial. Por fim, o terceiro eixo orienta sobre atenção às situações de violência e seus encaminhamentos, por meio da articulação em rede, no que se refere à interrupção de gravidez advinda de violência sexual, além de apresentar orientações normativas e diretrizes que cabem ao serviço de Saúde, à escola e ao Conselho Tutelar.



*Faz-se necessário que os serviços sejam sensibilizados e estejam preparados para falar sobre o assunto, acolher e, quando necessário, encaminhar as questões e demandas relacionadas à gravidez na adolescência.*



# Direitos sexuais e direitos reprodutivos na adolescência

A construção de marcos legais e normativas de um país ou de um conjunto de países vem acompanhada de seu contexto histórico, político e social, refletindo as preocupações vigentes em determinado momento e as transformações que suscitam. Assim, os direitos e garantias expressos na nossa Constituição, leis e outros marcos nacionais estão fundados nesses contextos, e não excluem outros, decorrentes de tratados e marcos internacionais de que a República Federativa do Brasil seja signatária, incorporando, portanto, seus princípios. As normas são constituídas também de valores culturais, sociais e políticos de uma época, moldados em relações, afetos, conhecimentos e experiências construídas coletivamente, na perspectiva de uma sociedade organizada com base na cidadania e nos direitos humanos.

Para abordar os aspectos legais e normativos dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, partimos do princípio de que os direitos humanos foram reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais numa construção coletiva. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas no ano de 1948, estabeleceu direitos humanos básicos que devem ser garantidos,

*Direitos humanos básicos que devem ser garantidos, destacando que são universais e interdependentes entre si.*

destacando que são universais e interdependentes entre si. Esta declaração representa o marco da consolidação e da inserção dos direitos humanos no ordenamento jurídico de muitos países, e introduziu uma nova concepção de direitos, o que provocou a criação de marcos refletidos em convenções e a elaboração de pactos internacionais que, por sua vez, construíram os sistemas de normas que os protegem.

Assim, algumas convenções foram criadas, como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), o Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo (1994), e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim (1995).

Na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), a criança e o adolescente são reconhecidos como seres em desenvolvimento e sujeitos de direitos, sem distinção de raça e classe social, e protegidos contra qualquer forma de discriminação, superando a concepção de sujeitos passivos de intervenção da família, da sociedade e do Estado. O Estado passa a ser responsável pela garantia de

direitos dessa população, à qual deve assegurar prioridade absoluta na formulação das políticas públicas.

Por outro lado, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) introduziu o conceito de direitos reprodutivos, e inseriu crianças e adolescentes como sujeitos a serem contemplados nas políticas públicas da temática. Depois, em Cairo+5, Cairo+10 e Cairo+15, outros direitos dos adolescentes passaram a ser considerados, como a garantia de privacidade, sigilo, consentimento informado, educação em sexualidade e gênero (com inserção dessa temática no currículo escolar), informação e assistência à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

A IV Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim, 1995) consolidou as conquistas da Conferência Mundial do Cairo, e promoveu um avanço na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Em sua plataforma de ação, foi incluída a necessidade do abrandamento da legislação dos Estados Partes quanto à criminalização do aborto, considerado um grave problema de saúde pública.

Como visto, essas duas conferências da década de 1990 enfatizaram a necessidade de investir em ações voltadas para a população adolescente e jovem na

construção da igualdade de gênero. Os documentos e acordos resultantes desses encontros são ferramentas importantes para que os governos ampliem projetos e programas para adolescentes e jovens no que diz respeito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo a gravidez na adolescência e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e aids.

Tratados e marcos internacionais adotados e ratificados por países membros da ONU, como é o caso do Brasil, orientam e legitimam a implementação de leis e políticas que possam garantir o cumprimento dos compromissos e da agenda em nível global, regional e local, voltados principalmente para a superação das desigualdades sociais e econômicas marcadas pela violência de gênero, e que afetam sobremaneira as meninas, muitas vezes impedindo sua permanência na escola e,

*Os documentos e acordos resultantes desses encontros são ferramentas importantes para que os governos ampliem projetos e programas para adolescentes e jovens no que diz respeito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo a gravidez na adolescência e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e aids.*

consequentemente, a continuidade de um projeto de vida intrínseco à garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconheceu todos os indivíduos como iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Na Carta Magna, adolescentes e jovens foram compreendidos como pessoas em desenvolvimento que têm direito a receber proteção do Estado, da sociedade e da família, com prioridade absoluta.

No ano de 1990, foi promulgada a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) –, que constitui um conjunto de dispositivos que ampliam esse entendimento, reconhecendo os adolescentes como sujeitos de direitos, e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade. O ECA define os adolescentes como sujeitos sociais, portadores de garantias e direitos próprios, independentes de seus pais/familiares e do próprio Estado, ainda que estejam em desenvolvimento. Garante também a defesa dos direitos da criança e do adolescente, ainda que seus interesses venham a colidir com os interesses de seus pais ou responsáveis.

O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos é resultado de um processo construído historicamente, marcado por transformações ocorridas no Estado, na sociedade e na família. No Brasil, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes (2006)[2] incorpora, na sua plenitude, a "doutrina da proteção integral", que constitui a base da Convenção sobre os Direitos da Criança e do Estatuto da Criança e do Adolescente. A palavra "sujeito" traduz a concepção da criança e do adolescente como indivíduos autônomos e íntegros, dotados de personalidade e vontade próprias que, na sua relação com o adulto, não podem ser tratados como seres passivos, subalternos ou meros "objetos", devendo participar das decisões que lhes dizem respeito, sendo ouvidos e considerados em conformidade com sua capacidade e seu grau de desenvolvimento.

2 A construção do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária foi resultado de um processo participativo, envolvendo representantes de todos os poderes e esferas de governo, da sociedade civil organizada e de organismos internacionais, os quais compuseram a Comissão Intersetorial que elaborou os subsídios apresentados ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes – CONANDA – e ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Representa um marco nacional, com vistas à formulação e à implementação de políticas públicas que assegurem a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, de forma integrada e articulada com os demais programas de governo. Além disso, fortalece o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Estatuto da Juventude (EJ) é um marco de 2013 que determina os direitos dos jovens – no EJ, as pessoas entre 15 e 29 anos –, que devem ser garantidos e promovidos pelo Estado brasileiro. Com o intuito de mobilizar a juventude, a criação deste marco aconteceu após diversas reuniões e conferências ao longo de um período de quase dez anos, em vários estados e cidades do Brasil. Além de promover e garantir os direitos já previstos pela Constituição e por outros marcos, como o ECA, o EJ detalha especificidades da juventude que precisam ser afirmadas, de modo que os jovens possam conhecer seus direitos e usá-los como instrumento legal de reinvindicação. Dentre os direitos previstos no Estatuto, destaca-se o "Direito à diversidade e à igualdade", no sentido de garantir que o jovem não seja discriminado em função de etnia, raça, cor da pele, cultura, origem, idade, orientação sexual, idioma, religião, opinião, e condição social ou econômica.

De acordo com essa doutrina jurídica, e no âmbito local, a Lei Orgânica da Assistência Social de 1993[3] reforça a universalização dos direitos sociais e a igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de

3 A Lei No. 8.742/93 – Lei Orgânica da Assistência Social, de 1993, conhecida como LOAS – organiza os serviços de Assistência Social, destacando a proteção e a assistência aos adolescentes.

qualquer natureza. Um dos avanços viabilizados por desse marco foi a substituição da palavra “menor” por “criança” e “adolescente”, tendo em vista que “menor” sugere a ideia de uma pessoa que não possui direitos.

No entanto, o reconhecimento formal desses princípios no plano normativo não significa que esta concepção seja inteiramente compreendida ou culturalmente aceita, conduzindo a controvérsias políticas e legais. Apesar da mudança de paradigma a respeito do modo como as famílias, a sociedade e as comunidades devem lidar com essas etapas da vida, tanto a Convenção sobre os Direitos da Criança quanto o ECA possuem algumas limitações no que diz respeito ao debate sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. A primeira está relacionada à neutralidade adotada do ponto de vista de gênero, não trazendo expressamente definições que permitam tratar de forma adequada à desigualdade entre meninos e meninas. Além disso, tanto a Convenção quanto o ECA carecem de conteúdos referentes a situações envolvendo sexualidade e direitos reprodutivos que não sejam aqueles relacionados ao abuso e à exploração.[4]

4 Este artigo aprofunda a reflexão sobre a aplicação e a interpretação do conjunto de leis relacionadas a sexualidade e reprodução na adolescência, e apresenta um debate em torno de alternativas possíveis que garantam aos adolescentes o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

No plano internacional, essas lacunas podem ser supridas pelas definições adotadas nos documentos da Conferência do Cairo, de 1994, e da Conferência Mundial da Mulher, de 1995 – conhecida como Conferência de Pequim. Ambas são marcos que tratam dos direitos da mulher e de sua saúde sexual e reprodutiva, e que adotaram medidas específicas voltadas para as meninas e mulheres. Muito embora esses documentos não sejam considerados leis internacionais vinculantes para os sistemas legais nacionais, como as convenções internacionais, seu conteúdo tem balizado as recomendações dos Comitês de Direitos Humanos, que correspondem a instâncias de jurisprudência internacional que obrigam os países signatários, como o Brasil.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) não trata diretamente de direitos sexuais e reprodutivos, conceito que foi definido alguns anos depois, na Conferência de Cairo. No entanto, enfatiza a importância de marcos legais que proíbam a violência sexual contra crianças e adolescentes em todas as suas formas. Marcada por seu momento histórico, a Convenção tampouco aborda de forma direta as desigualdades de gênero entre meninos e meninas, que diz respeito sobretudo ao diferencial de autonomia entre os gêneros. Na Convenção, e também no ECA, a sexualidade e a

reprodução são reconhecidos na perspectiva de direitos fundamentais que abarcam a vida sexual, como o direito à privacidade, os direitos à igualdade e à não discriminação, à liberdade de expressão e de informação, à livre associação; e não menos importante, o direito à vida e o direito a não ser tratado de forma desumana ou degradante, que também podem ser aplicados para proteção dos direitos sexuais.

Mais recentemente, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – guiada pelos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas, e fundamentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em tratados internacionais de Direitos Humanos, na Declaração do Milênio e no documento final da Cúpula Mundial de 2005 – define 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. A Agenda 2030 busca assegurar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas. São objetivos integrados e indivisíveis, e mesclam, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.

Os ODS vieram após os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos no ano 2000 com a participação de vários países e indivíduos reunidos com

o objetivo de criar metas globais para eliminar a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar para todos, proteger o meio ambiente e enfrentar as mudanças climáticas. Os ODM incluíam oito objetivos de combate à pobreza a serem alcançados até o final de 2015. Desde então, progressos significativos foram realizados, mas percebeu-se a necessidade de criar uma nova agenda para enfrentar os desafios no desenvolvimento dos países, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos. O processo rumo à agenda de desenvolvimento pós-2015 e à definição das metas dos ODS foi liderado pelos Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação de alguns dos principais grupos e partes interessadas da sociedade civil. A agenda refletiu os novos desafios de desenvolvimento, e está ligada aos resultados da Rio+20 – a Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável –, que foi realizada em junho de 2012, no Rio de Janeiro, Brasil.

No contexto dos ODS, que começaram a ser implementados pelos países signatários a partir de 2016, não há metas específicas sobre gravidez na adolescência. No entanto, o tema é encontrado de forma transversal no **Objetivo 3,** que trata da vida saudável e do bem-estar; e no **Objetivo 5,** que aborda a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas.

**OBJETIVO 3**

Recomenda-se que os países assegurem o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação.

**OBJETIVO 5**

Assegurar o acesso universal à saúde sexual e à saúde reprodutiva, e os direitos reprodutivos.

A Agenda 2030 vem para firmar o compromisso dos países frente aos desafios não alcançados até 2015. A igualdade de gênero e a autonomia das mulheres (ODM 3) continua sendo o desafio chave. Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas, por meio de políticas e mecanismos legais de proteção, integram os Objetivos 4 e 5.

Frente a esse cenário de conjunto normativo, da mudança de visão sobre crianças e adolescentes trazida pelo ECA, acrescido das diversas discussões no período pós-Cairo sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, temas como educação em sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva passaram a pautar as políticas públicas no Brasil, visando reduzir vulnerabilidades às quais meninos e meninas adolescentes ficam expostos por falta de informações qualificadas, ou por não terem acesso aos serviços de saúde e assistência.

Direitos sexuais e direitos reprodutivos passaram a abarcar dimensões do exercício da cidadania, da saúde, da cultura, da educação para a promoção da autonomia e do respeito social às suas manifestações, como sexualidade e orientação sexual, precedendo ações estratégicas intersetoriais pela própria natureza de sua complexidade.

Para que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes sejam garantidos na prática, assim como as responsabilidades que implicam, precede essa condição que sejam pensadas estratégias intersetoriais que assegurem ações conjuntas de diferentes setores – educação, saúde, judiciário, assistência social, cultura, esportes, sociedade civil –, assim como estratégias para a garantia de direitos e a implementação, o monitoramento e o controle social de políticas públicas. E, não menos importante, que seja sustentada a participação integral dos próprios adolescentes no planejamento e no desenvolvimento dessas estratégias.

*Para que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes sejam garantidos na prática, é preciso que se assegurem ações conjuntas de diferentes setores, com a participação dos próprios adolescentes no planejamento e desenvolvimento das estratégias.*

# 1 Prevenção da gravidez na adolescência

Compreender a gravidez na adolescência exige um olhar ampliado, visto que essa condição acontece em função de uma multiplicidade de determinantes individuais, socioculturais e institucionais. Pesquisas indicam que muitos meninos e meninas não encaram a gravidez como um fenômeno que arruína projetos de vida e atrapalha a vida social. Ao contrário, muitas vezes, a própria gravidez ajuda a estruturar esse projeto de vida e criar novas possibilidades de inserção na vida adulta.

Nos contextos de maior vulnerabilidade social, as perspectivas de inserção no mercado de trabalho e de constituição de um projeto de futuro são muito limitadas. Assim sendo, a maternidade e a paternidade tornam-se possibilidades de inserção social e de construção de uma identidade valorizada socialmente: a de mãe ou pai. E é justamente nesse contexto que se observam as maiores dificuldades de acesso a espaços de reflexão e discussão, e de acesso aos métodos contraceptivos.

Por outro lado, a gravidez na adolescência pode causar prejuízos para o desenvolvimento, especialmente das meninas. Estudos apontam correlação entre gestação adolescente e evasão e/ou abandono escolar, situação de pobreza, desemprego, ingresso precoce no mercado de trabalho, situações de violência e negligência, mobilidade

social, etc[5]. Daí a necessidade de investir na atenção integral à prevenção da gravidez na adolescência.

Os serviços de Saúde, Educação e Assistência Social devem atuar intersetorialmente, a fim de oferecer aos adolescentes informações confiáveis, meios e métodos, como os contraceptivos, para que planejem e vivenciem com segurança sua atividade sexual e sua saúde reprodutiva, tomando decisões responsáveis. Estas ações contribuirão também para o desenvolvimento de importantes habilidades socioemocionais, como autonomia, capacidade de negociação, empatia e criticidade, favorecendo a construção de projetos de vida alinhados às distintas realidades. Para tanto, o planejamento e a implementação de políticas públicas devem ser construídos com base na premissa de que meninas e meninos são sujeitos de direitos e precisam de apoio e orientação.

Assim sendo, as ações de orientação, formação, sensibilização e autocuidado devem sempre envolver as meninas e os meninos, para debater temas relacionados à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, contribuindo para sua mobilização no enfrentamento ao machismo, ao sexismo e a outras violências de gênero, além da responsabilidade compartilhada no planejamento da vida reprodutiva e nos cuidados com os filhos, garantindo, assim, o mais pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.

5

O artigo Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo aprofunda a discussão dos impactos da gravidez na adolescência com base em três eixos temáticos: (a) Riscos e problemas associados à gestação na adolescência; (b) Fatores precursores relacionados à gravidez na adolescência; e (c) Fatores socioculturais associados ao desejo de ser mãe na adolescência.

# 1.1 DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

**1.1.1** Profissionais das áreas de Saúde, Educação e Assistência Social devem promover a garantia de direitos e ser continuamente formados e informados sobre os direitos sexuais e reprodutivos, para que, dentro de suas especialidades, possam:

**a.** promover um processo contínuo de discussão sobre a temática nas Unidades Educacionais, nos serviços de Saúde e de Assistência Social, e nas políticas implementadas pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania;

**b.** orientar adolescentes a procurar os serviços de Saúde para acesso a métodos contraceptivos (vide anexo); prover informações específicas sobre prevenção da gravidez não planejada, das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e do HIV/aids, preferencialmente por meio de rodas de conversa ou outras metodologias participativas sobre direitos sexuais e reprodutivos, incluindo planejamento reprodutivo;

**c.** orientar adolescentes e suas famílias a procurar os serviços de proteção caso tenham sofrido algum tipo de violência sexual, bem como informar este público sobre o fluxo existente para atendimento da pessoa em situação de violência;

**d.** promover tanto o empoderamento de meninas e mulheres quanto o debate sobre masculinidade com meninos e meninas, por meio de espaços de informação, reflexão, autoconhecimento e cuidados referentes à sexualidade, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, numa perspectiva de gênero e de diversidade. O objetivo é envolver homens e mulheres no debate sobre os prejuízos causados pela desigualdade de gênero, especialmente aqueles relacionados ao exercício da vida sexual e reprodutiva e a situações de violência.

**1.1.2** Profissionais das áreas de Saúde, Educação, Assistência Social e de outras áreas que atuam na garantia de direitos no território devem incluir em seu planejamento anual atividades a serem realizadas em conjunto, como rodas de conversa para troca de experiências e discussão de casos, além de promover a integração intersetorial das equipes;

**1.1.3** Profissionais das áreas de Saúde, Educação, Assistência Social e de outras outras que atuam na garantia de direitos no território devem ter acesso às informações e às políticas da prefeitura de São Paulo sobre as oportunidades oferecidas aos adolescentes, para que estes possam desfrutar de seus direitos e construir seu projeto de vida, com acesso a oportunidades de trabalho e renda, atividades comunitárias, artísticas, culturais, de lazer e esportivas. Estas oportunidades devem ser amplamente disponibilizadas por aqueles profissionais aos adolescentes do território.

## 1.2 DA ORIENTAÇÃO AOS ADOLESCENTES

**1.2.1** Adolescentes devem ser incentivados a procurar serviços disponíveis no território para receber orientação em saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo educação em sexualidade, prevenção de gravidez não planejada (com orientação e acesso a todos os métodos contraceptivos e dupla proteção) e prevenção às IST e ao HIV/aids, por meio de informações acessíveis e confiáveis. Para isso, os profissionais devem:

**a.** disponibilizar materiais informativos educativos que possam ser facilmente visualizados nos serviços (como cartazes, *banners*, vídeos, manuseio do portal da prefeitura de São Paulo), com linguagem de fácil acesso para os adolescentes;

**b.** disponibilizar e divulgar materiais informativos e educativos nas plataformas digitais, como redes sociais e *sites* institucionais, como o portal da prefeitura, utilizando ferramentas lúdicas e com linguagem próxima ao universo adolescente.

**c.** manter uma postura aberta ao diálogo e sem julgamentos de cunho moralista, propiciando o acesso e o acolhimento dos adolescentes nos serviços de atenção à Saúde, à Assistência Social e à Educação.

**d.** fornecer aconselhamento após a realização de testagem de gravidez, qualquer que seja o resultado, e encaminhamento para grupos de planejamento reprodutivo ou consultas ginecológicas para aquisição de contraceptivos, visando à prevenção da gravidez.

**e.** prover aconselhamento antes e depois da realização de testagem para HIV, sífilis, hepatites virais e outras IST, com incentivo ao uso de preservativos e informações sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Esta orientação deve ser ofertada nos serviços de atenção das áreas de Assistência Social, Educação e Saúde. Cabe aos serviços de saúde disponibilizar os insumos para testagem e tratamento.

A PEP (Profilaxia Pós-Exposição) é uma medida de prevenção de urgência de infecção pelo HIV, hepatites virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. A medicação age impedindo que o vírus se estabeleça no organismo. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como violência sexual, relação sexual desprotegida (sem o uso ou com rompimento do preservativo) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).
Deve ser iniciada o mais rápido possível – preferencialmente nas primeiras duas horas após

a exposição, e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias, e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe da Saúde.

A PrEP consiste na ingestão diária de um comprimido que impede que o HIV infecte o organismo, antes mesmo que a pessoa tenha contato com o vírus. Se uma pessoa usar a PrEP diariamente, a medicação pode impedir que o HIV se instale e se espalhe em seu corpo. A PrEP não protege de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (tais como sífilis, clamídia e gonorreia) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como o preservativo. Além disso, a PrEP não é recomendável para todas as pessoas: o profissional da Saúde indicará quem deve ou não deve utilizá-la.

**1.2.2** Os serviços da Saúde, Educação e Assistência Social devem procurar estimular a participação dos meninos nas atividades educativas e nos grupos de planejamento reprodutivo, com vistas ao pleno desenvolvimento de homens e mulheres, e à construção de parcerias igualitárias baseadas no respeito e em responsabilidades compartilhadas no exercício da sexualidade e da reprodução, inclusive no cuidado com os filhos.

**1.2.3** Adolescentes devem ter acesso a orientação e a serviços das áreas de Saúde[6] e Assistência Social sem necessidade de presença física ou autorização de pais, mães ou responsáveis, com direito a privacidade, confidencialidade e sigilo de opiniões e condutas. São exceções as situações em que o adolescente não tem condição/capacidade de entender o que está sendo proposto e de se responsabilizar por seus próprios cuidados, quando há necessidade de internação e/ou procedimentos invasivos, e em risco de morte. Profissionais das áreas de Educação, Saúde e Assistência Social devem estar aptos a prestar informações sobre esse direito aos adolescentes e a suas famílias[7].

6 De acordo com o "Marco legal: Saúde, um Direito de Adolescentes", uma publicação do Ministério da Saúde, caso a equipe da Saúde entenda que o adolescente não tenha condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve primeiramente realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de um responsável que o assista e o auxilie no acompanhamento. Também é a ocasião de avaliar se o adolescente tem condições de encaminhar sozinho as orientações fornecidas, ou se a questão requer a supervisão de um adulto. Neste caso, sugere-se que um adulto de sua preferência acompanhe o seguimento do atendimento.

7 De acordo com o artigo 103 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico: "Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

**1.2.4.** Crianças e adolescentes devem ser incentivados a participar de aconselhamentos e atividades educativas, como, por exemplo, rodas de conversa. De forma dialogada e respeitosa, e considerando as necessidades e especificidades etárias, devem ser ofertadas informações sobre temas relacionados à sexualidade, ao corpo e a autocuidados, aos direitos humanos, às relações de gênero, à diversidade sexual, ao racismo, à violência e à prevenção de gravidez não planejada e de IST/HIV e aids. Essas atividades podem ser realizadas por qualquer profissional das áreas de Assistência Social, Direitos Humanos, Educação e Saúde que esteja capacitado a promover educação e comunicação em Saúde, bem como por adolescentes e jovens engajados nos serviços públicos, ONGs e coletivos.

## 1.3 DA ATENÇÃO DIRETA NAS COMUNIDADES

### 1.3.1 ACESSO E OLHAR CUIDADOSO

Pelos programas Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF (do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS) e Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI (do Centro de Referência Especializado de Assistência Social –

CREAS), as ações da Estratégia de Saúde da Família – ESF (do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) e de busca ativa de assistência social devem facilitar e englobar a atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, procurando dar acesso à informação a essa população mais vulnerável em seu domicílio, na comunidade, nas escolas, nos serviços de Assistência Social, em unidades e serviços de atendimento socioeducativo, em instituições de acolhimento, em locais em que vivem pessoas em situação de rua e em outros espaços sociais e institucionais onde se concentrem.

## 1.4 DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

### 1.4.1 MÉTODOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO

Em 2013, a Academia Americana de Pediatria (AAP) publicou novas diretrizes recomendando oficialmente o uso prioritário de métodos reversíveis de longa duração, como o implante contraceptivo subcutâneo e o dispositivo intrauterino (DIU), como opções de primeira linha para evitar a gravidez não planejada na adolescência. A indicação está em consonância com as diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

São duas as razões para essa recomendação:

**Ação duradoura**

Esses métodos oferecem proteção duradoura contra a gravidez, podendo ser eficazes por até três anos, no caso de implante subcutâneo, e até dez anos, no caso do DIU T de cobre 380 A.

**Alta efetividade**

Cerca de 99% de proteção no uso dos métodos contraceptivos. Diferentemente das pílulas, tanto o DIU quanto o implante contraceptivo não exigem que as adolescentes se lembrem de tomar a medicação, que é de uso diário.

Além disso, uma vez que não são ingeridos, a eficácia é garantida mesmo em caso de vômito ou diarreia. Estes contraceptivos podem ser retirados a qualquer momento, caso haja o desejo de engravidar, recuperando rapidamente a fertilidade preexistente após a remoção. Além disso, uma vez que não são ingeridos, a eficácia é garantida mesmo em caso de vômito ou diarreia. Estes contraceptivos podem ser retirados a qualquer momento, caso haja o desejo de engravidar, recuperando rapidamente a fertilidade preexistente após a remoção. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a inclusão de anticoncepcionais reversíveis de longa duração na lista básica de medicamentos ofertados pelos sistemas públicos de saúde, por serem seguros e custo-efetivos para o Sistema Básico de Saúde.

Após iniciar a atividade sexual, as adolescentes, inclusive aquelas

que não tiveram filhos, devem ser esclarecidas quanto ao uso do contraceptivo subcutâneo e do dispositivo intrauterino (DIU). As adolescentes em situação de vulnerabilidade têm direito à inserção gratuita de implante de etonogestrel, sendo este um tipo de contraceptivo subcutâneo, aplicado em nível ambulatorial e na maternidade no pós-parto e no pós-aborto. O protocolo do município de São Paulo também disponibiliza este método para usuárias de drogas e mulheres em situação de rua.

Vale ressaltar que o uso de contraceptivos de ação prolongada no pós-parto imediato e precoce reduz em mais de 80% o risco de nova gravidez no período de um ano. Vale ressaltar também que, ainda que opte por utilizar métodos como o implante de etonogestrel, ou o DIU, a adolescente deve ser incentivada a adotar em conjunto o preservativo, uma vez que é este o único meio para se proteger das IST/HIV e aids.

### 1.4.2 FORNECIMENTO DE PRESERVATIVOS

O fornecimento de preservativos masculinos e femininos deve ser de fácil acesso, de preferência disponibilizados nas entradas dos serviços de Saúde. É necessário evitar colocá-los próximo a serviços de vigilância ou outros que possam inibir os adolescentes. Para retirar os preservativos, os adolescentes não precisam informar sua idade, apresentar documento de identificação, abrir prontuários, nem comprovar residência no território ou vínculo com atividades educativas. Os preservativos podem ser disponibilizados em ações

educativas nas Unidades Educacionais e em outros equipamentos públicos, desde que as atividades sejam acompanhadas por profissionais habilitados.

### 1.4.3 OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

**a.** Outros métodos de contracepção devem ser oferecidos pelo serviço de Saúde. Os profissionais das áreas de Educação, Assistência Social e outras áreas que atuam na garantia de direitos devem estar aptos a orientar os adolescentes a procurar o serviço de Saúde do seu território para consulta, aconselhamento e fornecimento do método mais adequado;

**b.** Os serviços devem informar e disponibilizar a contracepção de emergência para adolescentes em todas as situações de risco gravídico (até cinco dias após relação sexual desprotegida), podendo ser realizada por qualquer profissional da Saúde vinculado às unidades do SUS. Recomenda-se que o procedimento seja realizado em até 72 horas, visto que quanto mais breve o uso da contracepção de emergência maior a sua efetividade na prevenção da gravidez;

**b.** Considerando que em serviços ligados ao SUS não é mais necessária a prescrição médica desse medicamento, a orientação e o fornecimento da contracepção de emergência devem ser realizados sem burocracia ou marcação de consultas que retardem seu uso, o que poderia prejudicar a eficácia do método.

## 15 DOS EXAMES PREVENTIVOS

Os profissionais das áreas de Educação, Assistência Social e de outras áreas que atuam na garantia de direitos devem orientar os adolescentes a procurar o serviço de Saúde do seu território para a realização de todos os exames preventivos em saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo:

Exame ginecológico clínico

Exames de detecção ou confirmação de diagnóstico de infecções ou doença (exame de HIV, sífilis, hepatites etc.), inclusive os testes rápidos

Testes de gravidez

# 2 Atenção à adolescente grávida

Os serviços de Saúde, Educação e Assistência Social devem atuar com atenção prioritária às adolescentes grávidas, com vistas a garantir seus direitos previstos na legislação.

## 2.1 DA PERMANÊNCIA NA ESCOLA

**a.** A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses após o parto, a adolescente estudante será assistida pelo regime de exercícios domiciliares com acompanhamento da escola[8]. O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola. Em casos excepcionais, devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser ampliado o período de repouso, antes e depois do parto. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais[9].

**b.** A escola deve facilitar e dar acesso ao exercício da Educação Física para as estudantes grávidas e aquelas que têm filhos – um direito que lhes é facultado[10]. No entanto, é importante que, em conjunto, professores e estudantes da turma,

8 Instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, 21 de outubro de 1969.

9 Conforme Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975.

10 Conforme Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/96.

inclusive a estudante gestante e a mãe estudante, encontrem atividades físicas adequadas e adaptadas a elas, e que estimulem a prática segura;

**c.** A Lei 13.935/2019[11], promulgada pelo governo federal no dia 11 de dezembro de 2019, dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de educação básica para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação, por meio de equipes multiprofissionais.[12] A adolescente grávida e o adolescente que será pai podem usufruir na escola de um espaço de escuta e acolhimento às necessidades decorrentes da gestação na adolescência, assim como aquelas relacionadas a saúde mental, conflitos com a família, discriminação ou outras formas de violência que venham a enfrentar nesse período da gestação ou após o nascimento da criança.

**d.** Ao retornar à escola após o período de licença-maternidade, é essencial que os profissionais das

11 Até a data da publicação deste documento, a lei não havia sido regulamentada no município de São Paulo.

12 Conforme Lei 13.935/2019, que determina que as redes públicas de Educação Básica deverão contar com serviços de psicologia e serviço social.

áreas de Educação, Assistência Social e Saúde apoiem a estudante mãe para que ela possa continuar estudando, bem como o estudante pai, com medidas tais como:

Sempre que possível, dialogar com a família da mãe e do pai estudantes, para que os apoiem para a continuação dos estudos;

Acolher a estudante mãe, a criança e o estudante pai para que se sintam bem-vindos na escola, e para que compreendam a importância de continuar estudando;

Garantir o momento da amamentação na unidade educacional, no local em que a estudante mãe considerar conveniente[13];

Promover o diálogo com os outros estudantes, para que também possam fazer parte de uma rede de apoio para que a mãe e o pai adolescentes possam continuar estudando;

Informar e orientar a mãe e o pai estudantes sobre o procedimento de ir às consultas médicas pediátricas sem o ônus de faltas.

13 Conforme Lei 16.161/2015, que dispõe sobre o direito ao aleitamento materno no município de São Paulo.

## 2.2 DO DIREITO AO PRÉ-NATAL

Os serviços de Saúde devem garantir, no mínimo, sete consultas de pré-natal, e a realização dos exames preconizados às adolescentes grávidas. Os demais serviços devem trabalhar em conjunto para que meninas e meninos tenham consciência desse direito e da importância de acionar o serviço para a garantia de uma gravidez saudável para a mãe e o bebê.

É muito importante que os meninos sejam incentivados a participar do pré-natal, da amamentação e dos cuidados com o bebê. O chamado pré-natal do homem ou do parceiro[14] é uma política nacional[15] e municipal que visa romper os obstáculos que impedem que os homens frequentem os serviços de Saúde. Culturalmente, o menino/homem tem dificuldades em relação ao autocuidado, e assim sendo, o momento do pré-natal do homem é uma boa oportunidade para cuidar de sua saúde.

Assim como as meninas, os meninos têm direito ao atestado médico, o que deve ser solicitado no momento da consulta do pré-natal para apresentação na escola ou no trabalho, a fim de justificar sua ausência, isentando-os de quaisquer prejuízos durante o processo de ensino e aprendizagem e no ambiente de trabalho.

14 Incorporado à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais do SUS pela PORTARIA Nº 1.474, de 8 de setembro de 2017.

15 Conforme Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Os meninos são atores-chave para que eles próprios e as meninas não abandonem a escola durante ou após a gestação. E para tanto, é primordial que as metodologias sejam participativas e construídas em diálogo com os próprios adolescentes.

## 2.3 DO DIREITO A RENDA

O Programa Bolsa Família (PBF) é um Programa de Transferência de Renda do Governo Federal, voltado para famílias de baixa renda. As famílias beneficiárias têm direito a dois benefícios variáveis que envolvem a gravidez:  o Benefício Variável Vinculado à Gestante e o Benefício Variável Vinculado à Nutriz. Dependendo do perfil, cada família pode receber até cinco benefícios variáveis. O Benefício Variável Gestante é pago às famílias em situação de pobreza que tenham grávidas em sua composição, sendo repassadas nove parcelas mensais à família. A Secretaria Municipal da Saúde é responsável por registrar essa informação no momento do pré-natal e enviá-la ao Ministério da Saúde.

Por sua vez, o Benefício Variável Vinculado à Nutriz é concedido após o parto, para reforçar a alimentação do bebê durante seis meses, compondo a mesma faixa de renda do Programa. Para que o benefício seja concedido, a família deve se dirigir a um CRAS até seis meses após o nascimento do bebê para atualização do CadÚnico. É importante que os profissionais da Saúde e da Assistência Social orientem as famílias sobre este direito e sobre como acessá-lo.

## 2.4 DO DIREITO À PATERNIDADE

Meninos e meninas devem ser sensibilizados para que a gravidez transcorra de forma saudável, mesmo que não planejada, e esta é uma responsabilidade de todos os serviços que atendem adolescentes.

O planejamento e a implementação das políticas públicas e das atividades diretas dos serviços de Saúde, Assistência Social e Educação devem sempre reforçar que os meninos adolescentes também são sujeitos de direitos, inclusive dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, portanto, devem participar ao lado da parceira desde o planejamento reprodutivo, durante o pré-natal, na amamentação e nos cuidados com o(s) filho(s).

Tradicionalmente, a gravidez na adolescência é tratada na perspectiva das mulheres. É importante que também seja dada atenção ao processo da paternidade e da paternagem do pai adolescente. A participação do adolescente  desde o início da gravidez contribui tanto para uma gestação saudável e segura – quando a relação afetiva entre os parceiros é possível – quanto para o início do exercício de seu novo papel como pai.

É importante garantir que seja respeitado o direito de confidencialidade e sigilo da gravidez, por desejo explícito da gestante, mesmo quando se refere aos seus pais ou responsáveis legais ou ao adolescente pai do bebê em gestação, desde que o

profissional reconheça que a adolescente tenha discernimento adequado em relação a sua saúde e compreensão de seu autocuidado.

Para que todos tenham seus direitos garantidos, as políticas de atenção à gravidez na adolescência precisam contemplar os pais adolescentes. Nesse sentido, as políticas devem priorizar e garantir condições de atendimento aos gestantes (pai e mãe) e ao bebê após o nascimento, de forma a evitar outras variáveis em suas vidas que desfavoreçam seu desenvolvimento.

É importante informar ao casal adolescente sobre a licença paternidade, especialmente se o jovem pai trabalha formalmente. A Constituição Federal estabelece que o pai adolescente pode se ausentar do trabalho por um período de cinco dias sem que haja desconto na remuneração[16]. Em 2016, esse período foi ampliado para 20 dias[17].

Outro ponto imprescindível a ser considerado é a igualdade de direitos entre meninas e meninos adolescentes. No processo da gravidez na fase da adolescência, as políticas de atenção ao pai e à mãe devem reconhecer e discutir as questões socioculturais que reforçam a desigualdade de gênero. É preciso desconstruir

16 Conforme Art. 7º. da Constituição Federal de 1988.

17 Conforme Lei 13.257/ 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.

estereótipos de gênero e reconhecer as maneiras como afetam a relação de meninos e meninas com os cuidados, a saúde e a vivência da sexualidade. Os homens normalmente não são educados para os cuidados com a saúde e para lidar com questões relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Assim, ao trazer os adolescentes para os espaços de escuta e diálogo sobre a paternidade na adolescência, estamos desconstruindo preconceitos fortemente arraigados e assumidos como normais nas relações de gênero – entre eles, a ideia de que a contracepção é responsabilidade da mulher, assim como a decisão de usar ou não o preservativo.

Assim, as ações de formação, sensibilização e autocuidado devem sempre envolver os meninos e debater temas relacionados à construção da masculinidade, contribuindo para a mobilização no enfrentamento ao machismo, ao exercício da paternidade e da paternagem, e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

## 2.5 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A vivência da gravidez na adolescência pode trazer prejuízos para a saúde mental dos adolescentes, especialmente para as meninas, que frequentemente demonstram baixa autoestima, apresentando altos níveis de estresse, sintomas depressivos e sofrimento psíquico. As consultas de pré-natal configuram-se como uma oportunidade para articular esforços de diferentes profissionais da Saúde, a fim de acolher as demandas de saúde mental da

gestante, bem como identificar a sua condição psicossocial e, consequentemente, a de seu futuro bebê.

Os profissionais da Educação, da Assistência Social e de outras áreas que atuam na garantia de direitos podem promover espaços de escuta e acolhimento, nos quais a gestante possa expressar e compartilhar sentimentos, dúvidas e temores, sem julgamento, sem críticas ou discriminação. Nos casos de sofrimento mental severo, em que haja necessidade de apoio especializado, a adolescente deve ser encaminhada para o(s) serviço(s) de Saúde Mental existentes no território, como o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), onde será recebida por uma equipe multiprofissional que indicará o tratamento adequado. O mesmo procedimento é indicado ao pai adolescente.

# 3 Atenção a situações de violência

A partir da Lei da Escuta Protegida[18], que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência, diversos procedimentos passaram a ser necessariamente observados e aplicados, como a escuta especializada e o depoimento especial. A escuta especializada não tem a função de produzir provas para o processo de investigação e de responsabilização, e fica limitada ao estritamente necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e de provimento de cuidados. Além dos cuidados emergenciais, integrais e multidisciplinares prestados pelos órgãos da área da Saúde, pode ocorrer encaminhamento aos serviços de Assistência Social, se for o caso. De toda forma, a escuta especializada deve ser feita por profissional capacitado e em espaço adequado.

18 Em dezembro de 2018, entrou em vigor o Decreto No. 9.603, que regulamenta a Lei 13.431, de 4 de abril de 2017, também conhecida como a Lei da Escuta Protegida (ou Especial), que alterou significativamente a forma de coleta de depoimentos, antes limitados a inquéritos policiais, processos judiciais e outros procedimentos administrativos.

## Todos os profissionais das áreas de Saúde, Educação, Assistência Social e de outras áreas que atuam na garantia de direitos devem:

- Comunicar aos órgãos competentes – Conselho Tutelar ou, se necessário, Defensoria Pública ou Ministério Público – os casos de suspeita ou confirmação de violência sexual contra crianças e adolescentes, mesmo na ausência de uma gestação. Os profissionais devem ficar atentos também à violência por parceiro íntimo (VPI) nas relações de namoro, podendo acontecer episódios de violência física, psicológica e sexual. Além disso, cabe relembrar que, nas situações de gestação, a mulher pode estar em maior risco de sofrer VPI, ou de agravamento dessa situação em episódios mais recorrentes e severos;

- Perguntar ativamente sobre violência, e em caso de suspeita, acreditar na criança ou no adolescente, e ampará-lo; não fazer interrogatórios longos e não colocar palavras na boca da criança e/ou do adolescente; evitar expressões de espanto, horror e observações de quão terrível foi a violência; fazer perguntas de forma clara e objetiva; não censurar, criticar ou culpar a criança e/ou o adolescente;

- Questionar com a finalidade de tomar decisões assistenciais e de proteção do adolescente. É preciso não confundir informações importantes para o cuidado do caso com a curiosidade pessoal do profissional, que deve ser evitada;

- Assumir postura sem preconceitos e reticências; verificar se a criança e/ou adolescente tem ferimentos; não se prender a julgamentos morais; e cuidar dos impactos emocionais inerentes ao trabalho em caso de violência;

- Garantir as informações e os procedimentos necessários para a adolescente no caso da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. Todas as mulheres, sejam elas adolescentes ou não, têm direito à interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. Salvo em caso de requisição judicial, os protocolos da interrupção são sigilosos, e a paciente deverá ser acompanhada por equipe multiprofissional durante todo o processo.[19] Cabe ressaltar que o profissional não deve adiar as decisões necessárias à interrupção do ciclo da violência e à proteção da criança e/do adolescente.

19 Conforme Portaria Nº 1.508/2005 do Ministério da Saúde.

### 3.1 DO CONSELHO TUTELAR:

Entre as atribuições dos Conselheiros Tutelares[20] estão as ações de escutar, orientar, aconselhar, encaminhar e acompanhar os casos de violação de direitos; requisitar os serviços públicos necessários à efetivação do atendimento adequado de cada caso; comunicar ao Ministério Público, ao Poder Judiciário, à Defensoria Pública e à autoridade policial os casos que exijam a intervenção desses órgãos.

No caso de situações de violência, o Conselho Tutelar pode auxiliar no encaminhamento a serviços; pode registrar denúncias e apresentá-las ao Ministério Público, além de acompanhar o andamento dos processos, buscando assegurar os direitos da vítima e de sua família.

### 3.2 CABE AO SERVIÇO DE SAÚDE:

**3.2.1** Segundo a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência (2015), o profissional da Saúde deve acolher a pessoa em situação de violência já na recepção, e garantir a ela espaço privativo para que seja atendida, a fim de evitar constrangimentos. Deve também anexar ao prontuário uma ficha em branco para notificação de violência a ser preenchida pelo profissional de Saúde que fará o atendimento.

20 Conforme Artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

**3.2.2** É papel do médico: acolher a pessoa, promover escuta empática e livre de julgamentos morais, providenciar exames clínicos detalhados e relatórios descritivos; solicitar exames laboratoriais e radiológicos, se necessário; anotar no prontuário ou na ficha de atendimento, de forma legível, as condições gerais (inclusive de higiene) da pessoa; assinar e carimbar; discutir o caso com a equipe multiprofissional, verificar e acionar os outros profissionais previstos no fluxo.

**3.2.3** É papel do enfermeiro: acolher a pessoa e quem a acompanha, preferencialmente com espaços de escutas individuais; acompanhar o atendimento médico (pode ser realizado pela equipe de enfermagem); fazer os encaminhamentos necessários; acionar os outros profissionais previstos no fluxo, fazer anotações no prontuário; e discutir o caso com a equipe multiprofissional. Tratando-se de serviço hospitalar ou de atendimento a emergências, verificar junto ao Serviço Social a existência de restrições quanto à saída do(a) paciente na alta.

**3.2.4** O profissional da Saúde deverá acionar o Núcleo de Prevenção à Violência (NPV). Esse setor é composto pela equipe de referência do serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e da articulação das ações a serem desencadeadas para o enfrentamento da violência e a promoção da cultura de paz. Deve incluir quatro profissionais, no mínimo. Todas as categorias profissionais podem fazer parte do NPV, sendo importante

a participação de médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Ressaltamos ainda a contribuição da gerência do serviço na composição do NPV.

O NPV do serviço de Saúde deve acolher a criança e o adolescente, organizar os cuidados e articular as ações a serem desencadeadas para o enfrentamento da violência, bem como acionar a rede de proteção e assistência do seu território.[21] Além do trabalho de articular ações de assistência, prevenção e promoção da saúde no nível local, para estabelecer o cuidado integral às crianças e aos adolescentes em situação de violência, o NPV tem um papel importante de reflexão, discussão e aprimoramento dos profissionais dos serviços de Saúde, como também de ampliar e criar espaços de diálogo e iniciativas educativas para a prevenção da violência na comunidade local, incluindo escolas e organizações comunitárias, entre outras instituições.

É importante destacar que, em caso de internação hospitalar, a alta dependerá de critérios clínicos.

**3.2.5** É papel do assistente social: fazer a avaliação social da situação; prover apoio e orientação aos familiares/acompanhantes; elaborar Relatório Social, se necessário (para casos de denúncia

21 Conforme nota técnica Nº 001/2018 da Prefeitura Municipal de São Paulo.

ou encaminhamento aos órgãos pertinentes); fazer anotações em prontuário; discutir o caso com a equipe multiprofissional; verificar se todos os serviços do fluxo foram acionados; e realizar os encaminhamentos e as notificações pertinentes.

**3.2.6** Nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, é papel do profissional da Saúde acolher, notificar, acionar o NPV e realizar os procedimentos[22]:

- O atendimento deverá ser realizado pelo médico de plantão – preferencialmente, mas não exclusivamente, o pediatra e/ou clínico gera –, e as informações obtidas deverão ser inseridas no prontuário ou na ficha de atendimento (exame físico detalhado, condições de higiene encontrada, entre outras).

- Profilaxia para as IST/HIV por meio da PEP (Profilaxia Pós-Exposição), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções.
  Deve ser iniciada com a maior brevidade possível – preferencialmente, nas primeiras duas horas após a exposição, e no máximo em até 72 horas. A duração

22 Conforme Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência, da Prefeitura Municipal de São Paulo, em 2015.

desse tratamento é de 28 dias, e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe da Saúde.

- Profilaxia da gestação indesejada por meio da contracepção de emergência.
- Vacinação e imunização passiva para hepatite B;
- Coleta imediata de material para avaliação do *status* sorológico de sífilis, HIV, hepatites B e C, para seguimento e conduta específica;
- Acionar o NPV e, em sua ausência, assistente social ou psicólogo;
- Acionar os órgãos de proteção social e, em caso de risco, realizar a internação social até que o Conselho Tutelar defina o procedimento;
- A alta hospitalar dependerá de critérios clínicos e de decisão judicial.

**É importante destacar que, nos casos de violência sexual, o atendimento da área da Saúde não está condicionado ao exame de perícia ou corpo de delito, devendo ser realizado o processo de cuidado.**

### 3.3 CABE À UNIDADE EDUCACIONAL:

As escolas devem registrar notificação compulsória no caso de suspeita ou de evidência de violências contra crianças e adolescentes. O ECA estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais[23].

É importante sublinhar que a notificação não é uma ação policial, mas objetiva desencadear uma atuação de proteção à criança e ao adolescente, além de suporte à família.

O profissional da Educação que recebe a revelação de situação de violência sofrida pela criança ou pelo adolescente, ou tem ciência da ocorrência do ato por qualquer outro meio, não deve realizar a escuta especializada diretamente, e sim, encaminhar a vítima aos demais serviços da rede de proteção social.

### 3.4 CABE AOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS[24] E SPVVS[25]:

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública que oferece serviços

23 Artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 10.639/1990.

24 Portaria 46/SMADS/2010.

25 Portaria 46/SMADS/2010.

especializados a famílias e indivíduos em situação de violação de direitos, em articulação com a rede de serviços socioassistenciais e com as demais políticas públicas setoriais e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos).

O CREAS é a porta de entrada para os casos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Nesta unidade, crianças e adolescentes recebem o primeiro atendimento, são cadastrados e encaminhados para o Serviço de Proteção Social às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (SPVV), serviço de contra-referência vinculado ao CREAS.

O SPVV oferece um conjunto de procedimentos técnicos especializados, por meio de atendimento social e psicossocial, na perspectiva da interdisciplinaridade e de articulação intersetorial para atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência doméstica, abuso ou exploração sexual, bem como aos seus familiares, proporcionando-lhes condições para o fortalecimento da autoestima, superação da situação de violação de direitos e reparação da violência vivida.

Por meio do CREAS, o SPVV trabalha em articulação com os serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, e com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública,

os Conselhos Tutelares, outras Organizações de Defesa de Direitos e demais políticas públicas, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social.

O SPVV atende e acompanha crianças e adolescentes do nascimento até os 17 anos e 11 meses, de ambos os sexos, vítimas de violência, abuso e exploração sexual, e suas famílias. Caso necessário, realiza encaminhamentos para os serviços de Saúde, atendimento psicológico ou físico, e do Sistema de Garantia de Direitos, como Delegacias, IML (Instituto Médico Legal) ou ainda as Varas da Infância e da Juventude. Caso a criança/adolescente esteja em risco e necessite ser apartada da família, pode ser acolhida em um Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (SAICA).

# Anexo

**Lista de métodos contraceptivos disponíveis para adolescentes nos serviços de saúde:**

Preservativos

Pílulas anticoncepcionais

Injetáveis mensais e trimestrais

Implantes subdérmicos

DIU (Dispositivo Intrauterino)


Diafragmas

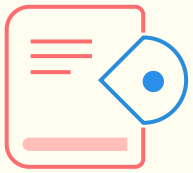
Contracepção de Emergência

## IMPORTANTE

A dispensa de preservativos masculinos e femininos deve ser de fácil acesso. O fornecimento de camisinhas masculinas e femininas deve ser facilitado a todos os adolescentes e deve ser realizado sem necessidade de:

- informação de idade;
- apresentação de documentos de identificação;
- abertura de prontuário ou posse de cartão SUS;
- residência em área de abrangência da unidade;
- vínculo ou participação em atividades educativas.

**FONTE:** Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes nos Serviços de Saúde do Município de São Paulo. Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo/SP, 2017.



# Referências

ACOG. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Number 186, November 2017. Disponível em https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices

American Academy of Pediatrics (AAP).2014. https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/adolescent-sexual-health/Pages/Pregnancy-Prevention.aspx

Arilha, Margareth e Berquó, Elza Berquó. **Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos.** http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/livros/article/viewFile/112/110

Associação Brasileira de Estudos Populacionais e UNFPA Fundo de População das Nações Unidas. **Brasil, 15 anos após Conferência do Cairo.**Campinas, 2009. https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/brasil_15_anos_cairo.pdf

Associação Brasileira de Magistrado, Promotores de Justiça e Defensoria Pública da Infância e da Juventude. **Cadernos de Fluxos Operacionais**

**Sistêmicos – Proteção Integral e Atuação em Rede na Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes.** ABMP. São Paulo/SP, s/d.

Audi, Celene Aparecida Ferrari, Segall-Corrêa, Ana M, Santiago, Silvia M, Andrade, Maria da Graça G, & Pèrez-Escamila, Rafael. (2008). **Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados.** Revista de Saúde Pública, 42(5), 877-885.

BRASIL. Ministério da Saúde eMinistro da Educação. **Orientações Gerais sobre as ações de Direitos Sexual e Direito Reprodutivo e Prevenção das IST/AIDS e Hepatites Virais no Programa Saúde na Escola.** http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/programas045.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de Adolescentes:** orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco legal: saúde, um direito do adolescente.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2005. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Hu- manos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf

BRASIL. **Prevenção combinada do HIV:** bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Qual é a diferença entre PReP e PEP.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Lei nº 13.431** - Lei da Escuta Protegida (ou Especial). Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da República; 04/04/2017.

BRASIL. **Lei nº 12.852** – Instituiu o Estatuto da Juventude. Brasília: Presidência da República; 05/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo Programa Saúde nas Escolas (PSE).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **PAIR –Programa de ações integradas e referenciais de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro.** Brasília, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 1.508.** Dispõe

sobre Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema único de Saúde-SUS, Ministério da Saúde; 01/09/2005. Brasília, DF.

BRASIL. **Portaria nº 1.474.** Inclui e altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais do SUS, Ministério da Saúde;08/09/2017. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei nº 13.257.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, 8 de março de 2016. Presidência da República. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei nº 9.394.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996. Presidência da República. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei nº 9.263** – Regulamenta o Planejamento Familiar. Brasília: Presidência da República; 12/01/1996.

BRASIL. **Lei nº 8.742**Lei Orgânica da Assistência Social– Regulamenta e organiza os Serviços de Assistência Social. Brasília: Presidência da República; 07/09/1993.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente,** Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. **Estatuto da Juventude,** Câmara dos Deputados, lei no 12.852, de 5 de agosto de 2013. DOU de 06/08/2013 – EJ. Brasília, DF.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 6.202.** Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969; 17/04/1975.

BRASIL. **Lei nº 11.804.** Disciplina o direito a alimentos gravidícios; 5/11/2008.

BRASIL. **Lei nº 13.935.** Dispõe sobre a

prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica; 11/12/2019.

BRASIL. **Decreto Lei n° 1.044.** Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções; 21/10/1969.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília], 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica:** confiança para o médico, segurança para o paciente. Resolução CFM Nº 1931/2009, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN Nº 311/2007, 2007.

Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, agosto de 2005.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **RESOLUÇÃO nº 180, de 20 de outubro de 2016** - dispõe sobre a igualdade de direitos entre meninas e meninos nas políticas públicas de atenção, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

DIAS, A.C.G; TEIXEIRA, M.A.P. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo.** Paideia, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Contracepção reversível de longa ação.** São Paulo, 2016.

FIGUEIREDO, Regina. **Sexualidade NÃO é violência:** saiba entender, conduzir situações e diferenciar... – Guia rápido para educadores, conselheiros tutelares, assistentes sociais, profissionais de saúde e outros interessados. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

Instituto Promundo. **Adolescentes, jovens**

**e educação em sexualidade: Um guia para ação.** Rio de Janeiro. Disponível em: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2015/01/guia-adolescentes-jovens-e-educacao-em-sexualidade.pdf

Luis Bahamondes, Bruna F. Bottura, M. Valeria Bahamondes, Mayara P. Gonçalves, Vinicius M. Correia, XimenaEspejo-Arce, Maria H. Sousa, IlzaMonteiro, ArleteFernandes, **Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic**, *Human Reproduction,* Volume 29, Issue 10, 10 October 2014, Pages 2163–2170, https://doi.org/10.1093/humrep/deu191

Mattar, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais - uma análise comparativa com os direitos reprodutivos.** In: Sur, Rev. int. direitos human. vol.5 no.8 São Paulo June 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004

Minayo MSC, Assis SG, Njaine K. **Amor e Violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Ministérios da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Uruguai e UNFPA. **Estratégia Regional para Prevenção e Redução da Gravidez Não Intencional na Adolescência.** 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 [Internet]. Ministério da Justiça; 1948 [2012 Out 4]. Disponível em https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. **Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes nos Serviços de Saúde do Município de São Paulo.** São Paulo/SP, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência.**
São Paulo/SP, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Município de São Paulo. **Fluxo de Atendimento a Crianças e Adolescentes com Suspeita ou Vítima de Violência** (doméstica, física, psicológica, abuso e exploração sexual). São Paulo/SP, 2011.

SÃO PAULO. **Lei nº 16.161** – Dispõe sobre o Aleitamento Materno nos Estabelecimentos que Especifica; 13/04/2015.

SÃO PAULO. **Lei nº 14.904**. Institui o programa de prevenção à gravidez precoce no município de São Paulo; 06/02/2009.

SÃO PAULO. **Decreto nº 58.693.** Regulamenta a Lei nº 16.806, de 19 de janeiro de 2018, que dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade pela Rede Pública de Saúde, com a utilização do Contraceptivo Reversível de Longa Duração de Etonogestrel. 02/04/2019.

SÃO PAULO. **Nota Técnica 001/2018.** Coordenação da Atenção Básica. Área técnica de saúde da criança e do adolescente. Orienta todos os equipamentos de saúde o que fazer nos casos de violência contra criança e adolescente. 07/06/2018.

Taquette, Stella R. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.** Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente/UERJ Vol. 10 Supl. 1 – Abril

2013. http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=397

UNFPA. **Rumos para Cairo+20: Compromissos do Governo Brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional sobre a população em desenvolvimento.** https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cairo_spm.pdf

UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo, 1994.

UNICEF. **Gravidez na Adolescência no Brasil** – Vozes de Meninas e de Especialistas / Benedito R. dos Santos, Daniella R. Magalhães, Gabriela G. Mora e Anna Cunha. Brasília: INDICA, 2017. Disponível em https://www.unicef.org/brazil/relatorios/gravidez-na-adolescencia-no-brasil-vozes-de-meninas-e-de-especialistas

VENTURA, Miriam e CORREA, Sonia. **Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700014

**Vivendo a adolescência.** Disponível em http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/direitos-sexuais

Wichterich, Christa. **Direitos Sexuais e Reprodutivos.** Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015. https://br.boell.org/sites/default/files/boll_direitos_sexuais_reprodutivos_1.pdf

World Health Organization. **Medical eligibility criteria for contraceptive use** - 5th edition, 2015.

CIDADE DE
SÃO PAULO

unicef

Santa Fé

INSTITUTO
KAPLAN

PLAN
INTERNATIONAL