



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE E SEXUALIDADE DE ADOLESCENTES



© 2017 Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Internet: www.paho.org/bra

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES
Coordenação-Geral de Saúde dos Adolescentes e Jovens
SAF Sul, Trecho 2, Bloco “F”, Térreo, sala 18, Edifício Premium, Torre 2,
CEP: 70070-600, Brasília, DF
E-mail: dapes.sas@saude.gov.br
Internet: www.saude.gov.br

Organizadora:

Ana Laura Lobato

Colaboração:

Gracielly Alves Delgado – Ministério da Saúde
Haydee Padilla – OPAS/OMS no Brasil
Luciana Campello R. Almeida – OPAS/OMS no Brasil
Luciana Camila dos Santos Brandão – Ministério da Saúde
Thereza de Lamare – Ministério da Saúde

Revisão Técnica:

Lucimar Coser Cannon – OPAS/OMS no Brasil

Fotos:

Acervo OPAS/OMS no Brasil

Projeto Gráfico e Editoração:

Grifo Design

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Agradecemos aos adolescentes ativistas, pesquisadores, profissionais de serviços especializados, técnicos do Ministério da Saúde e da OPAS/OMS no Brasil participantes da Oficina Técnica de cuja discussão profícua resulta esta publicação.

Ficha Catalográfica

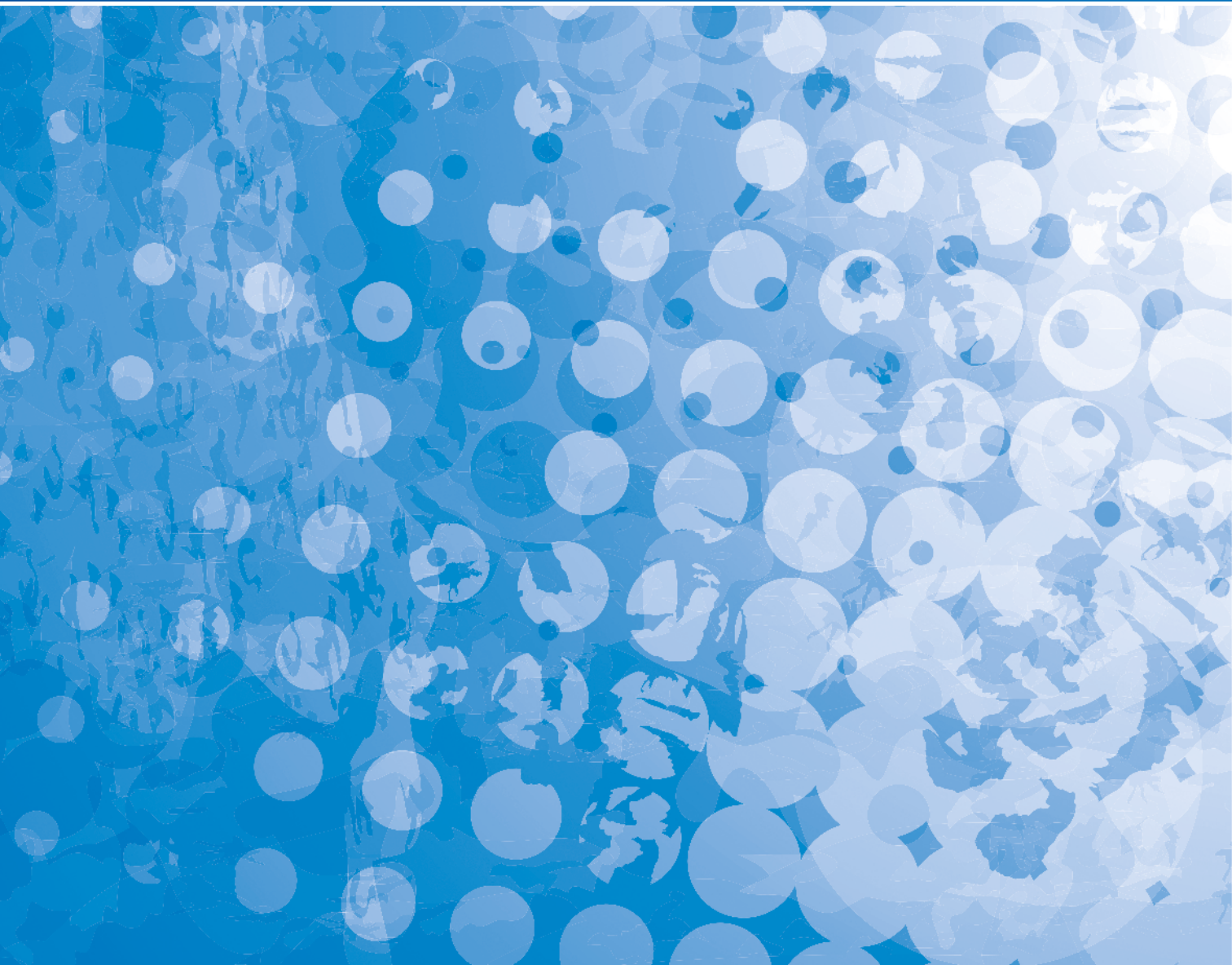
Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde.
Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

71 p.: il.
ISBN: 978-85-7967-119-7

1. Saúde dos Adolescentes 2. Sexualidade 3. SUS 4. Equidade I. Título II. Organização Pan-Americana da Saúde
III. Ministério da Saúde

*Grupo que participou do evento “**Construindo a Equidade no SUS: Sexualidade na Adolescência e Juventude**” Oficina I, organizado pela Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens – CGSAJ, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que teve como objetivo iniciar uma reflexão, para qualificar o cuidado e o acesso dessa população.*







SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
ANTECEDENTES	13
PARTE 1 – OLHARES CONVERGENTES POR UM SUS ATENTO ÀS ESPECIFICIDADES DOS ADOLESCENTES E SUA SEXUALIDADE	21
1. Panorama da saúde integral e sexualidade na adolescência	22
HAYDEE PADILLA	22
THEREZA DE LAMARE	24
MARINA MARINHO	25
DIEGO CALIXTO	27
2. Adolescência: o direito de viver e expressar sua identidade	29
LUANA PEIXOTO	29
REGINALDO QUEIROZ.....	30
ALICE DUARTE	31
3. Olhares sobre gênero e sexualidade na adolescência	34
STELLA TAQUETE	34
TATIANA LIONÇO	37
ADRIANO COSTA	41

PARTE 2 – INICIATIVAS PARA ATENÇÃO DE SAÚDE DE ADOLESCENTES	45
1. O Adolescentro – Luiz Fernando Marques	46
2. O ambulatório transdisciplinar de identidade de gênero e orientação sexual do Hospital das Clínicas (USP) – Saulo Ciasca	49
3. Programa Saúde na Escola – Danielle Crus	53
4. Viva: o sistema de vigilância de violências e acidente – Renata Sakai	55
PARTE 3 – DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE EQUIDADE NO SUS	59
5. Metodologia das discussões	60
a. METODOLOGIA	60
b. DESAFIOS	61
c. ESTRATÉGIAS	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
QUEM É QUEM?	69



PREFÁCIO

A adoção unânime, em setembro de 2015, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, pelos 193 Estados Membros das Nações Unidas, inaugurou uma nova era de cooperação internacional e esforços nacionais, com o lema central de não deixar ninguém para trás. Tal compromisso implica garantir o acesso, sem discriminação, a serviços de saúde adequados, oportunos e de qualidade a todas as pessoas e comunidades, reconhecendo as necessidades específicas de cada população e levando em conta as diversidades e as singularidades.

Para a população adolescente, o desafio é grande, uma vez que o acesso aos serviços de saúde segue insuficiente. Diversos são os obstáculos que impedem a garantia ao direito fundamental à saúde, seja em termos jurídicos, financeiros, geográficos ou em relação ao atendimento, devido à dificuldade de se ter um olhar cuidadoso às necessidades, às demandas e às expectativas específicas dessa faixa etária.

A adolescência é marcada, entre outras características, pela busca de autonomia sobre as decisões, emoções e ações, pelo desenvolvimento de habilidades e a vivência da sexualidade. É um período em que adolescentes exploram mais intensamente sua identidade sexual e de gênero. Em muitos casos, as buscas e experimentações dessa faixa etária possibilitam uma maior exposição às violências e aos comportamentos de riscos, tais como o abuso de álcool e de outras drogas, que podem resultar em uma maior suscetibilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e em uma

gravidez não desejada. Frequentemente, problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, aparecem pela primeira vez durante a adolescência.

Precisamos agir para melhorar a saúde de adolescentes por meio de um trabalho integrado e sistemático, conforme recomenda a *Estratégia e o Plano de Ação Regional sobre Saúde de Adolescentes e Jovens 2010-2018*, aprovados pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) durante os Conselhos Diretivos nº 48º e nº 49º em 2008 e 2009, respectivamente. Uma especial atenção ao envolvimento de adolescentes e jovens em discussões e decisões para o fortalecimento da resposta nacional da saúde dos adolescentes em situação de maior vulnerabilidade é necessária. Destacam-se aqui adolescentes com deficiência, com doenças crônicas, aqueles que vivem em áreas remotas, os migrantes e refugiados e aqueles estigmatizados ou marginalizados por sua orientação sexual, crença, raça ou etnia.

A Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) no Brasil e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil estão comprometidos a identificar as necessidades e a superar os desafios que enfrentam os adolescentes brasileiros, respeitando os direitos humanos e promovendo a equidade de gênero para que ninguém seja deixado para trás.

Joaquín Molina

Representante da OPAS/OMS no Brasil

Francisco de Assis Figueiredo

*Secretário de Atenção à Saúde
do Ministério da Saúde*



APRESENTAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece os fundamentos da seguridade social, determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e define a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações. Assim, o Estado brasileiro avança politicamente para a defesa dos direitos, em que os usuários dos serviços são partícipes dos processos decisórios, por reconhecer que os determinantes em saúde afetam profundamente a relação de saúde e adoecimento dos sujeitos e de uma sociedade.

Entretanto, esses avanços nos trouxeram novos desafios como, por exemplo, garantir as especificidades de diferentes populações diante de um sistema tão abrangente. Nesse contexto, destaca-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que assegura o atendimento integral à saúde, reconhecendo, portanto, que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Assim, a partir dessas legislações, a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado e a obrigatoriedade de que seja ouvido e decida sobre todos os assuntos que podem afetar a sua vida constituem direitos fundamentais do adolescente.

Sabe-se que a adolescência é um momento de grande transformação dos aspectos biopsicossociais com mudanças físicas, diferentes interações sociais e o despertar de novos interesses. Tudo isso poderia apenas estar relacionado com os efeitos do desenvolvimento,

mas podem conduzir, também, a situações de risco e vulnerabilidade, em especial quando relacionadas à saúde sexual dessa população, que se vê mais agravada quando a descoberta e o exercício da sexualidade diferem dos padrões da sociedade.

Na tentativa de mitigar as dificuldades de acesso à saúde, a Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), realizou o evento “Construindo a Equidade no SUS: Sexualidade na Adolescência e Juventude”, Oficina I, que teve como objetivo iniciar uma reflexão, para qualificar o cuidado e o acesso dessa população à saúde.

Essa publicação é fruto do debate entre adolescentes, academia e profissionais de diversas áreas do MS e da OPAS/OMS. Convidamos a todas e todos as/os leitores a refletirem, a debaterem e a engajarem conosco em mais um grande desafio de qualificação da atenção e do cuidado no âmbito do SUS.

Luciana Costa

*Coordenadora Geral de Saúde de Adolescentes
e Jovens do Ministério da Saúde*



INTRODUÇÃO

Esta publicação tem como objetivo dar visibilidade e fomentar o debate no âmbito da política pública de saúde, cuja atenção universal, integral e equitativa deve ser constantemente perseguida.

É resultado das ricas contribuições efetuadas durante a realização de uma oficina técnica em que participaram adolescentes, pesquisadores, profissionais de saúde de serviços especializados e integrantes de equipes de diversas áreas do Ministério da Saúde (MS), bem como da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

A oportunidade de constituir espaços de debates com aqueles que elaboram, implementam, acompanham e utilizam os serviços da política de atenção integral à saúde é fundamental para garantia de que os diferentes olhares estejam refletidos na operacionalização de suas diretrizes.

A oficina foi idealizada pela Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS/OMS no Brasil. O processo de definição de objetivos, temas e convidados foi realizado em parceria com as áreas técnicas de três secretarias do MS que atuam na promoção da saúde, e atenção à sexualidade de adolescentes e da população LGBT (acrônimo de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais

e transgêneros). Para tanto, foram realizadas várias rodadas de reuniões para discutir os perfis dos convidados, a composição das mesas, os objetivos de cada momento proposto e o encaminhamento dos resultados da oficina.

A generosidade na partilha dos conhecimentos específicos e da *expertise* de cada uma das áreas técnicas transformou a parceria em um rico processo de aprendizado durante o desenvolvimento da oficina. Ao final, foram dois dias de trabalho compostos por momentos de escuta, troca de experiências, identificação de desafios e proposição de estratégias alinhadas às expectativas dos profissionais participantes.

A primeira parte desta publicação, em que são apresentadas as sínteses das mesas de discussão com foco no panorama da saúde integral no contexto brasileiro e mundial, foi fundamental para situar os avanços, bem como os desafios de uma política de saúde verdadeiramente universal aos adolescentes. As demandas e as dificuldades narradas pelos adolescentes trouxeram um conjunto de aspectos dificilmente visibilizados pelos profissionais e gestores de saúde, cuja atenção é crucial para um atendimento que considere suas especificidades. As discussões trazidas pelos pesquisadores, que acompanham os serviços de saúde nos municípios, foram demasiadamente importantes, pois suas reflexões e o arcabouço teórico de suas análises reavivam problemáticas e trazem soluções inovadoras ao aprimoramento da política de atenção integral à saúde de adolescentes.

A segunda parte, apresenta as sistematizações dos serviços especializados, que foram apresentados durante a oficina. As diferentes soluções e os arranjos institucionais para enfrentar os desafios encontrados na oferta de serviços para atenção integral ou especializada de adolescentes, compuseram um quadro referente à proposição de novas diretrizes e expansão das boas práticas.

A terceira parte apresenta o conjunto de desafios identificados e as propostas sugeridas para o aprimoramento da política voltada à saúde e à sexualidade de adolescentes. Em seu conjunto, esses resultados têm relevância ímpar para o fortalecimento da política integral de saúde de adolescentes na perspectiva de reinvenção de abordagens, métodos e práticas no que concerne à oferta de cuidados à saúde e sexualidade de adolescentes.



ANTECEDENTES

A população adolescente representa atualmente 17,9% do total dos brasileiros com pouco mais de 34 milhões de pessoas¹. Embora seja uma parcela expressiva da população, há algumas décadas, a adolescência como processo psicossocial obteve severas transformações sobre seu conceito e, por conseguinte, sobre o entendimento dos sujeitos que ela compreende. Sua evidência, na política pública, não aparece da mesma forma que para outros segmentos populacionais, mas no âmbito de uma política circunscrita às conquistas dos direitos difusos. A adolescência ganhou evidência pelos problemas sociais associados a esta fase da vida. Um conjunto de práticas classificadas como comportamentos de risco – tais como sexo sem proteção, consumo de álcool e outras drogas e a exposição a violências – passaram a demandar olhares pormenorizados e políticas específicas. A adolescência, que representava um grupo social invisível até meados da década de 1970, passou a ser vista como problema social, como demandantes de proteção familiar e estatal até que, recentemente, alcançaram o reconhecimento como sujeito de direitos². Por essas razões, para além de uma faixa etária, a adolescência passou a ser entendida segundo seu processo de desenvolvimento humano, marcadamente ancorado em fatores biológicos e psicossociais. A Organização Mundial da Saúde

¹ Segundo Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

² Destacam-se como marcos importante para esse reconhecimento a aprovação, na Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a Convenção dos Direitos da Criança, em 1989, e, no Congresso Nacional brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e o Estatuto da Juventude, em 2015.

(OMS) considera, desde em 1965, fatores biológicos e psicológicos no processo de transformações rápidas e profundas que caracterizam essa etapa de desenvolvimento no curso da vida.

As Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento (CIPD), das Nações Unidas, produziram, nos anos 1990, marcos importantes no processo de definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas que se avizinhavam, tais como casamento infantil, mutilação genital, mortalidade materna, gravidez na adolescência e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Por outro lado, as Conferências Mundiais sobre Mulheres e Direitos Humanos, no mesmo período, ressaltaram aspectos ligados ao reconhecimento das diferenças, por vezes produtoras de desigualdades, sobre os quais se faziam necessários enfrentamentos tanto de questões subjacentes às identidades, quanto das desigualdades nas oportunidades e acesso a direitos fundamentais.

Outro fato histórico de extrema relevância foi o reconhecimento pelo Superior Tribunal Federal (STF) da união civil entre pessoas do mesmo sexo, em 2011, gerando resolução normativa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para os procedimentos de averbamento nos cartórios das referidas uniões. Esse foi um marco importante para a sociedade brasileira de reconhecimento de igualdade de direitos entre casais heteroafetivos e homoafetivos, contribuindo, assim, ao enfrentamento de preconceito e discriminações em função da orientação sexual.

As políticas de saúde do Estado brasileiro, que, tradicionalmente, tinham pouco enfoque na população adolescente, passaram a elaborar estratégias no intuito de proteger os adolescentes, bem como regular tais comportamentos de riscos e vulnerabilidades associadas a eles ou às condições de vida dos adolescentes e de suas famílias. Comumente considerados *peçoas saudáveis*, as diretrizes internacionais de saúde global, bem como as políticas nacionais, apenas explicitavam esse segmento populacional em função do entendimento de que o futuro das nações depende, em grande medida, do que é oportunizado aos mais jovens.

Contudo ocorrem mudanças de paradigmas, como a de controle do comportamento para o apoio ao desenvolvimento de autonomia, com vista à vivência de uma sexualidade livre e segura. Entre a década de 1980 e 1990, legislações e diretrizes reiteraram a importância de um atendimento integral, com destaques a ações de prevenção com educação em saúde e sexualidade. Houve também um deslocamento do entendimento da homossexualidade que deixou de ser vista como patológica, sendo incluída no âmbito das variadas expressões de desejo e erotismo, cuja liberdade deveria ser assegurada e protegida. Em consequência disso, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) aprovou importante resolução que, entre outras decisões, orientava os profissionais a não oferecer nem apoiar tratamentos de cura para homossexualidade,

além de fortalecer a capacidade de enfrentamento ao preconceito e à discriminação relacionados à orientação sexual.

Destaca-se, ainda, em 1989, o Programa de Saúde do Adolescente, com diretrizes ambiciosas de atenção integral, tanto nos aspectos de promoção quanto de prevenção. A definição da sexualidade no programa já estava alinhada com concepções atuais e com a perspectiva de direitos humanos, sendo essa definida como uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende sua base biológica (sexo), cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes (BRASIL, 1989).

Na década seguinte, dos anos 2000, foram vários os documentos normativos, manuais, diretrizes, programas e marcos legais que orientaram a promoção da saúde na sexualidade dos adolescentes, dando enfoque a temáticas específicas. Os referentes dessa década buscavam responder às complexidades de cada dimensão da vida sexual dos adolescentes, o autoconhecimento das mudanças corporais, a gravidez, a maternidade, as diferentes formas de abuso, a exploração e as violências sexuais, a educação em saúde e a sexualidade, entre outras.

De 2010 em diante, protocolos pormenorizados fizeram-se necessários diante das barreiras que o atendimento encontrava, tais como dificuldade na implementação das diretrizes gerais das políticas e dos programas voltados aos adolescentes. Assim, um esforço importante foi realizado para orientar passo a passo o atendimento para que fosse efetivamente humanizado, garantindo, assim, os direitos dos adolescentes.

As orientações para o atendimento à saúde de meninos e meninas adolescentes resultaram em um documento importante de indicação das especificidades segundo a diferença de sexo e às necessárias adaptações para ofertar um serviço adequado às necessidades de cada usuário. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes retrata toda a complexidade do problema da violência sexual, ao trazer orientações desde a estrutura física, composição das equipes até o atendimento em si, com vista à prevenção, ao atendimento humanizado e à oferta de apoio psicossocial e tratamentos preventivos.

Ganharam evidência nesta década os mecanismos de participação dos adolescentes na elaboração da política de saúde voltada a eles, por meio de seminários e oficinas para produção dos documentos de referência. Desse modo, o protagonismo, bem como a autonomia desses sujeitos puderam ser fortalecidos, garantindo maior tradução de suas necessidades nas orientações e diretrizes aos profissionais de saúde que realizam o atendimento na ponta.

De modo geral, os marcos normativos apresentados acima compõem um histórico importante de documentos e ações que nortearam o atendimento aos adolescentes no

âmbito do atendimento de saúde sexual. Ainda que a política não seja suficiente para as necessidades em saúde que adolescentes e jovens demandam, o percurso indicado a seguir demonstra o longo caminho que o tema percorreu, seja no âmbito dos acordos internacionais, seja mediante ações do próprio Ministério da Saúde (MS), a fim de prover atenção integral e universal a adolescentes e jovens.

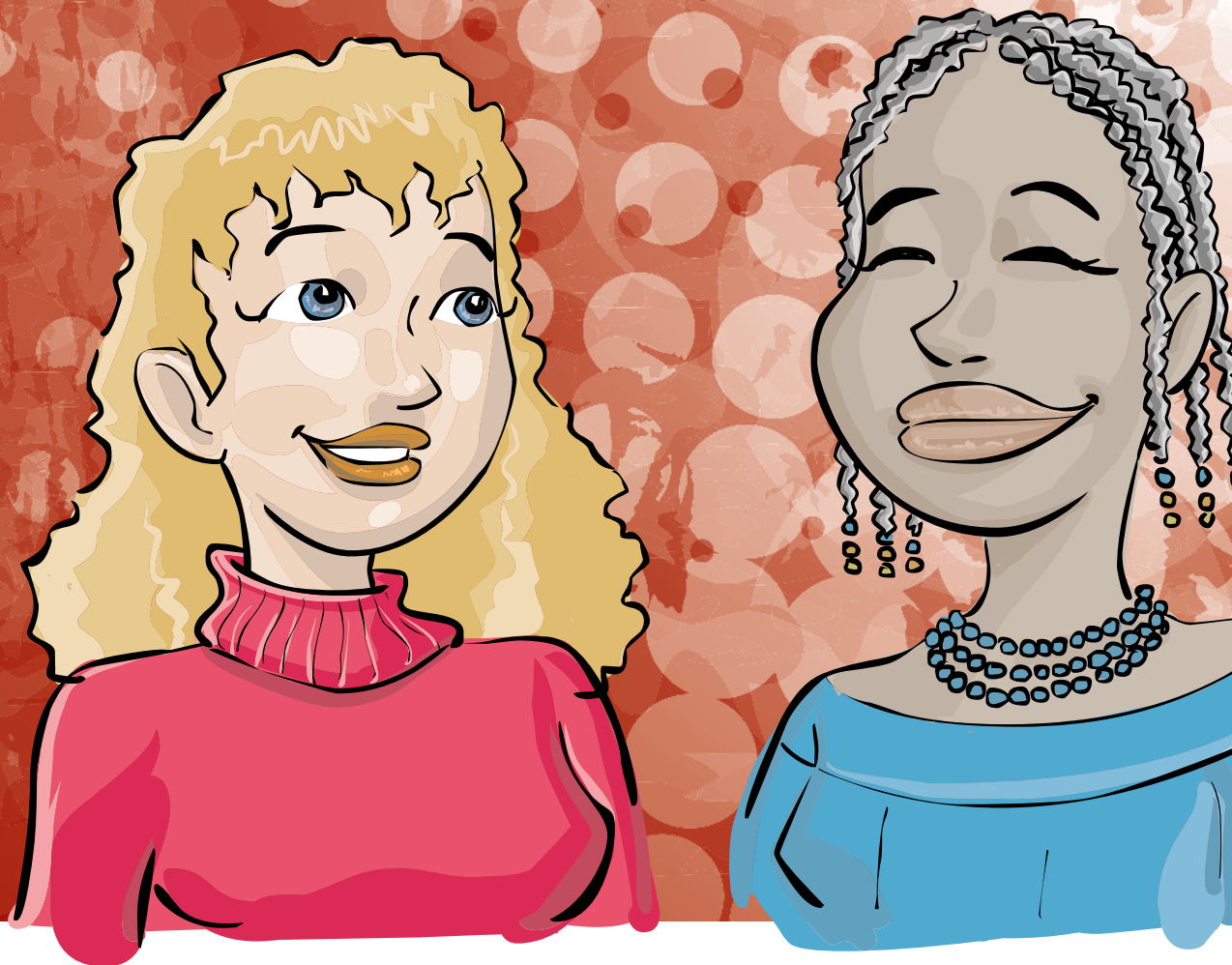
Todos esses esforços – especialmente concentrados na última década – de qualificar, informar e aprimorar o atendimento em saúde de adolescentes estão fortemente associados aos modos com que adolescentes e jovens têm atuado politicamente na luta por reconhecimento e garantia de direitos fundamentais. O governo brasileiro e, especialmente, o Sistema Único Saúde (SUS), que historicamente se constitui de forte participação social, têm possibilitado importantes espaços de diálogo sobre o tema com a sociedade em geral.

A oficina técnica *Construindo a Equidade no SUS* representa mais um passo nesse longo caminho de escuta, elaboração, diálogo, implementação, aprimoramento e avaliação das políticas de saúde. O entendimento de que não é possível pensar política pública sem envolver os principais interessados tem norteado todos os processos de elaboração de diretrizes, programas, normativas e organização de serviços, bem como o discernimento de que as condições de saúde do conjunto da população brasileira não podem ser apreendidos apenas pelo que os registros administrativos são capazes de captar. Há uma complexidade de situações e trajetórias que escapam aos instrumentos de verificação dos determinantes de saúde. Portanto, ouvir aos adolescentes, pesquisadores, profissionais de serviços especializados é mais do que conjugar diferentes perspectivas, é, sobretudo, aprimorar os mecanismos de compreensão da saúde dos adolescentes.

Nesse sentido, o intercâmbio de conhecimento proporcionado pela oficina foi estruturado em quatro mesas com foco: no panorama global e nacional das diretrizes e políticas de saúde voltadas aos adolescentes e sua sexualidade; nas barreiras encontradas por adolescentes LGBTs em seu acesso aos serviços de saúde; nas reflexões e achados de pesquisas levantados por pesquisadores; e também nos arranjos institucionais e metodológicos desenhados pelos serviços especializados em saúde de adolescentes.

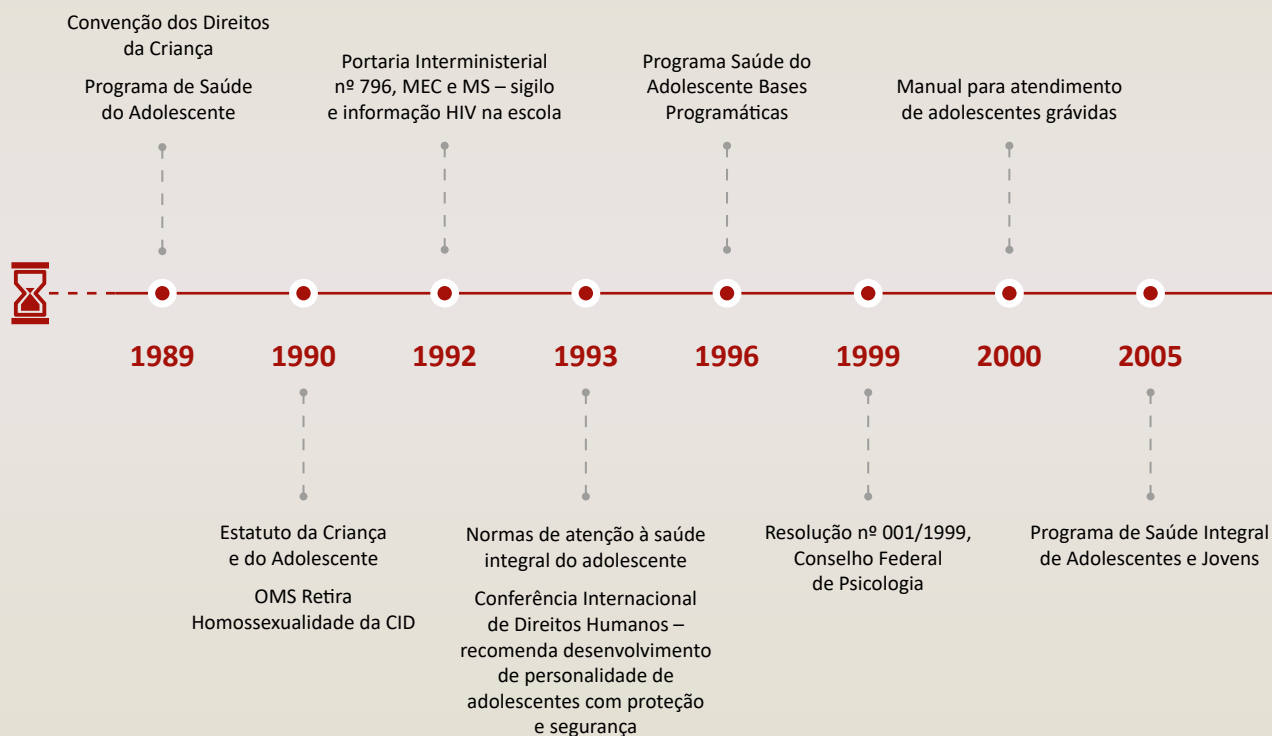
O convite às reflexões que se desenvolveram ao longo dos dois dias da oficina foi impulsionado por três falas provocantes e inspiradoras de representantes da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e do Ministério da Saúde (MS). Haydée Padilha (OPAS/OMS), Michele Lessa (DAB/MS) e Mauricio Viana (DAPES/MS) destacaram a importância da oficina no desenvolvimento de ações que sejam capazes de garantir a equidade no atendimento da saúde. Um dos elementos-chave, destacado por Haydee Padilha foi a postura de todos os agentes envolvidos em abrir-se para novos modelos de pensamento e trabalhar junto nos processos para as mudanças necessárias ao desenvolvimento de ações para promoção da saúde e apoio no desenvolvimento de autonomia de adolescentes.

É fundamental que haja compromisso institucional para operacionalizar inovações e mudanças. Nesse caso, a diretora da atenção básica, Michele Lessa, reiterou, com muita veemência, que, junto de sua equipe, há todo o compromisso de internalizar os resultados da oficina a fim de qualificar a atenção básica rumo a um SUS com equidade para todos. A diretora destacou, ainda, a relevância do Programa Saúde na Escola cuja abrangência entre adolescentes é bastante elevada. Mauricio Viana, por sua vez, chamou a atenção para uma possível resistência às discussões dessa oficina, considerando um contexto político fortemente conservador, tanto na sociedade brasileira quanto na comunidade internacional. Todos eles demonstraram grandes expectativas sobre os resultados da oficina como norteadores de ações futuras.

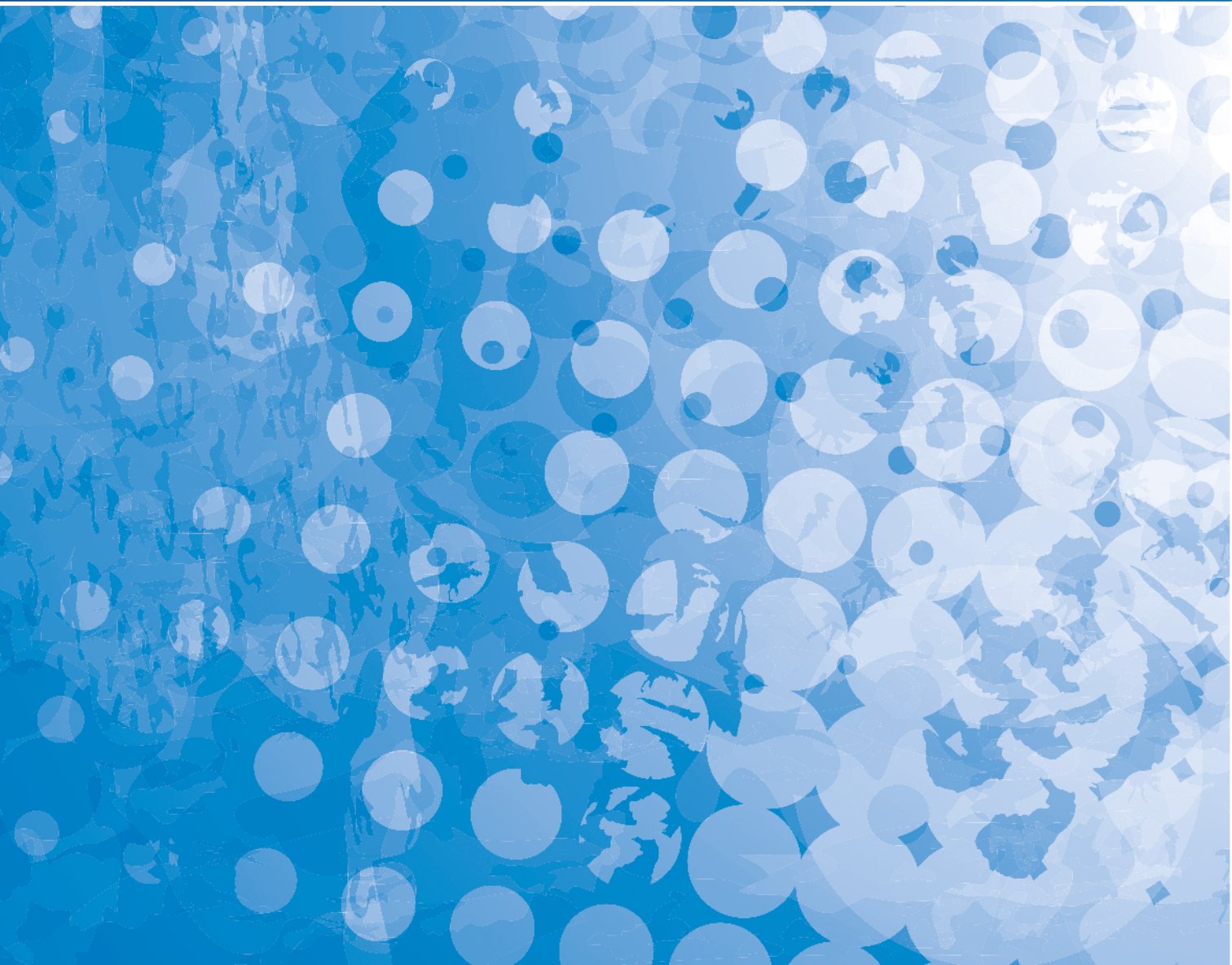


LINHA DO TEMPO

► Principais marcos na Política de Saúde para Adolescentes









PARTE I

OLHARES CONVERGENTES POR UM SUS ATENTO ÀS ESPECIFICIDADES DOS ADOLESCENTES E SUA SEXUALIDADE



1. Panorama da saúde integral e sexualidade na adolescência

Com objetivo de assinalar a situação atual, tanto do tema, quanto das ações em curso para este segmento, foram apresentadas três perspectivas: a da OPAS /OMS, que tem apoiado o país na definição de metas e objetivos para o acesso universal à saúde; a da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS, cuja atuação tem promovido o acesso à saúde para este segmento; e, por fim, a do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/MS, que tem articulado, junto à sociedade civil, a adequação das políticas, segundo as especificidades populacionais. Vejamos a seguir cada uma delas.

HAYDEE PADILLA

A partilha de conhecimento e o compromisso conjunto devem nortear a busca pela promoção de ações para o alcance universal da saúde. O Brasil possui vasta experiência com políticas para todo o curso de vida, contudo são, muitas vezes, experiências desconectadas. Faz-se, portanto, necessário sistematizar, publicar e disseminar o conhecimento para, entre outros, colaborar e intercambiar experiências com países que enfrentam os mesmos desafios. Na definição de estratégias no âmbito das políticas públicas referentes a temas sensíveis, como a sexualidade na adolescência, é fundamental conhecer e identificar as especificidades do tema e desenvolver ações articuladas a partir das diversas experiências com cada segmento social.

A saúde sexual é um estado de saúde física, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade. A sexualidade, por sua vez, é um aspecto central do ser humano ao longo de toda sua vida e nela estão circunscritos elementos relativos ao sexo, às identidades e aos papéis de gênero, à orientação sexual, ao prazer, à intimidade e à reprodução. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a sexualidade como sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. Nessa perspectiva, o Brasil tem avançado, em parte, pelos esforços travados no âmbito das definições acordadas conjuntamente com outros países, no marco de resoluções e acordos internacionais, e em outra parte, por diretrizes nacionais e políticas públicas elaboradas nos últimos 20 anos.

No marco dos compromissos firmados com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), para o período de 2016 a 2030, cada país decidirá sobre como alcançar os 17 objetivos e as 169 metas definidos na Agenda 2030. A OPAS /OMS, no Brasil, por sua vez, tem a missão de acompanhar e apoiar o Brasil nessa implementação, com foco especial ao Objetivo #3, que trata de saúde e bem-estar. Entretanto seria impossível pensar em saúde universal sem considerarmos sua relação com outros objetivos tais como ODS 1; ODS 2; ODS 4; ODS 5; ODS 6; ODS 8; e ODS 11.

O lema central dos ODS é que “ninguém seja deixado pra trás”. Nessa perspectiva, a OPAS/OMS não atua apenas nas questões relacionadas aos fatores biológicos, mas também nos determinantes sociais em saúde, com destaque aqui à igualdade de gênero.

Igualdade de gênero. Durante a Reunião Anual do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, em Washington/USA, que reúne Ministros de Saúde da Região das Américas, são definidos objetivos e diretrizes para os anos subsequentes. Em 2005, foi destacada a importância da equidade e da igualdade de gênero. Os destaques feitos nessas reuniões são muito importantes, pois são marcos que orientam as ações dos países. Ações, nesse sentido, demandam novos modelos de pensamento, haja vista que as desigualdades de gênero são históricas e estão enraizadas nas estruturas das sociedades. A construção da equidade e igualdade de gênero depende de dois fatores fundamentais: primeiro, da garantia de justiça na distribuição de benefícios e responsabilidades; segundo, da oferta de condições igualitárias para exercício pleno dos direitos livre de discriminação.

A Política de Igualdade de Gênero na OPAS/OMS existe, portanto, desde 2005, e temos como diretrizes o fortalecimento da prática de saúde pública nas Américas; o respeito aos direitos humanos; e a eliminação de qualquer forma de discriminação. Para tanto, é preciso reconhecer a diversidade (racial, étnica, de localização geográfica, orientação sexual e de idade) e promover o empoderamento desses segmentos (mulheres, profissionais de saúde, jovens e adolescentes) para alcançar igualdade. É importante, também, proporcionar ferramentas e evidências para a tomada de decisões informadas.

Empoderamento. A informação dá poder às pessoas, em qualquer nível, seja no plano de vida privado ou pública, em casa ou no ambiente de trabalho. Informação possibilita a tomada de decisão. Temos, portanto, que empoderar adolescentes e jovens para apoiá-los em seus planos de vida. Se desejarmos melhores decisões nos planos de vida dos adolescentes, precisamos lhes proporcionar informações.

Atender às necessidades dos jovens, levando em contas as diversidades e singularidades, é um dever de todos para garantir o acesso à saúde universal. O papel dos trabalhadores de saúde e coordenadores de programas é fundamental nesse processo, bem como todo o conjunto de profissionais do serviço de saúde. Nessa perspectiva, a OPAS/OMS trabalha para que esse tipo de encontro continue sendo realizado de modo que seus resultados se transformem em encaminhamentos concretos para um esforço conjunto de vários setores da sociedade, em particular dos gestores de saúde.

THEREZA DE LAMARE

Na área técnica da saúde dos adolescentes, dos jovens e das crianças, há um desafio enorme no que se refere ao desenvolvimento dos adolescentes. Há, em seu desenvolvimento, forte relação da dimensão da sexualidade com a liberdade, o direito de crescer saudável, de ter uma saúde que permita um desenvolvimento saudável às crianças e aos adolescentes.

Em 2006, foi realizada uma oficina em parceria com a OPAS/OMS, com a participação de muitos jovens e adolescentes. Naquela ocasião em que também foi tratado o tema da sexualidade na adolescência, produziu-se ao final um documento muito importante, chamado *Marco Referencial da Saúde Sexual do Adolescente e do Jovem*. Com esse documento, uma decisão política no âmbito do Ministério da Saúde foi tomada, em especial pela área técnica da saúde do adolescente, de que essa temática iria permear todas as nossas ações e que a iríamos perseguir profundamente dentro dos marcos legais, internacionais, tais como o do Cairo e de Beijing, entre outros.

Outro marco muito importante é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A partir de um estudo minucioso do ECA e da análise sob a ótica da saúde, foi elaborado o *Marco Legal: Saúde um direito dos adolescentes*. Seguindo as premissas da saúde universal colocada na Constituição – e pelo próprio SUS –, avaliou-se que o estatuto tinha uma direção clara: garantir o direito à saúde para esse grupo populacional sem discriminação, com ética, privacidade e sigilo. Esse documento foi e continua sendo muito importante, relacionando-se, de maneira muito forte, com o marco de saúde sexual e saúde reprodutiva, posto que diz claramente que nenhuma outra lei pode superar a lei do direito à saúde.

Stella Taquete, cuja produção nessa temática é vasta, traz, em um de seus artigos, a reflexão de que na história da humanidade sempre houve o desejo muito forte de segurar e de *reprimir a sexualidade* especialmente de mulheres e de jovens. Há sempre forças bastante reacionária com essa forte intenção de reprimir a sexualidade, que é algo inerente ao ser humano. A sexualidade é fundamental e melhor quanto mais prazerosamente for exercida, pois as pessoas vão se constituindo como indivíduo e tendo oportunidades de escolhas, de autonomia etc. Em se tratando de adolescentes, essas oportunidades são fundamentais, pois eles são indivíduos que estão em processo intenso de formação. Não se pode negar atendimento ao adolescente, muito embora isso aconteça, pois há sempre um juízo de valor. Por isso, é tão importante o trabalho de avaliação e monitoramento com os profissionais da saúde, interrogando-os sobre o atendimento na ponta. Com isso, é possível compreender e evitar as situações que podem colocar adolescentes em situações de vulnerabilidade.

Informação e comunicação. Ao longo dos últimos anos, foram feitas várias oficinas com jovens de todo o Brasil, para promover discussões de maneira pragmática e estratégica. Desse modo, seria possível dirimir o tema, colocando os conceitos e as informações corretas para

os profissionais de saúde. Também foram incluídos os aspectos que os adolescentes naquela época colocavam como barreiras enfrentadas nos serviços de saúde. A área técnica tem feito forte investimento na produção de materiais, em diálogo com os jovens, a fim de promover grande sensibilização junto aos profissionais de saúde, de modo articulado para, então, superar os preconceitos que cada pessoa carrega consigo, que, na saúde, são prejudiciais ao usuário. A privacidade, o sigilo, o juízo de valor foram tomados como mantra aos profissionais de saúde no processo de transformação desses preconceitos arraigados na sociedade em suas dimensões política e de formação. É uma luta permanente em uma correlação de forças que ora está mais favorável, ora não.

Assim, é muito importante escutar os jovens sobre suas histórias, o exercício da sexualidade, as descobertas, as vivências de cada um. Dessa forma, as experiências dos jovens poderão se juntar às experiências dos profissionais que atendem aos serviços, bem como daqueles que estão na gestão da política pública e, por conseguinte, poderão ser elaboradas melhores alternativas e caminhos para superar o desejo de cercear a sexualidade.

Por fim, essa oficina é um chamado para essa discussão e queremos, junto com profissionais que atendem aos adolescentes e pesquisadores que estão produzindo evidências, entender que a violência está aumentando e que há um ódio permeando a sociedade em razão das diferenças. Com essa oficina, esperamos dar um passo na direção do enfrentamento desses desafios, trazendo elementos para fazer a reflexão e, a partir daqui, definir boas estratégias e propostas. Na área da adolescência, ainda há muitas dúvidas, muitas informações equivocadas. É importante que os profissionais nos serviços estejam abertos para conversar com os pais e apoiá-los, escutando-os e orientando-os. A população de adolescentes e jovens representa 30% da população brasileira e precisamos advogar por eles.

MARINA MARINHO

No Brasil, existem muitas *violências* contra a população LGBT, violência física, psicológica e sexual. No ano de 2015, segundo o Disque Denúncia 100, a maior parte das pessoas LGBT, entre os casos registrados, tinha idade entre 19 a 24 anos, ou seja, a população de adolescentes e jovens LGBT está entre as principais populações que sofrem violência. Essa violência se expressa de diversas formas, fragilizando os laços familiares, a inserção do mercado de trabalho e/ou o acesso aos serviços de saúde. Muito embora existam normativas, ainda persiste um comportamento homofóbico, lesbofóbico ou transfóbico nos serviços de saúde, afastando essa população do seu acesso à saúde. Os serviços de saúde não reconhecem as necessidades dessa população, não se comunicam com elas de forma adequada e não conhecem suas principais demandas. A maioria dos profissionais de saúde não sabe das especificidades dessa população, bem como a diversidade, a trajetória de vida, como ela se forma, como se

mobiliza e como cuida de sua saúde.

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), do MS, tem como função promover e articular as políticas de equidade e a gestão participativa do SUS. Nesse departamento, são tratadas as questões de saúde relativas à população negra, a LGBT, do campo, das florestas e das águas, bem como da população em situação de rua. Essas são populações têm seu acesso à saúde negado, muitas vezes, por diversas condições. Por essa razão, trabalhar a equidade, bem como as especificidades dessas populações e reconhecer que não possuem a mesma forma de acesso aos serviços de saúde é fundamental para a oferta de políticas e programas que promovam a cidadania, a assistência qualificada e humanizada. Outro aspecto fundamental das ações do DAGEP é a forte articulação com movimentos sociais, em várias instâncias de participação social, tais como conferências, grupos interministeriais etc. Assim, torna-se possível apreender as discussões atuais realizadas nesses espaços e incorporá-las às ações do MS, para que as demandas sejam atendidas na política de saúde.

A *Política Integral de Saúde de LGBTs* implementada em 2011 tem como objetivo principal promover a atenção integral a essa população, eliminando a discriminação e o preconceito, contribuindo, assim, para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo de saúde. Para oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes, é preciso considerar as especificidades, levando em conta as diferenças de condição social, de raça/cor, de região, de formas de viver a sexualidade, de sua identidade e de corporalidades.

Avanços da política. Foi publicada a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador. Incluiu-se, no cartão do SUS, o nome social e elaborou-se uma nota técnica para orientar os estados sobre como produzir o cartão do SUS com o nome social. Na ficha de identificação de violência, foi acrescentado o quesito nome social e, no que se refere às motivações da violência, foram acrescentadas as alternativas homofóbicas, lesbofóbicas e transfóbicas. A oferta de formação sobre a política LGBT constituiu-se em outro grande avanço, que, embora tenha foco nos profissionais de saúde, é aberta para toda população. Inicialmente, esta formação obteve uma adesão de 18 mil participantes, demonstrando expressivo interesse na política. Também foram desenvolvidas campanhas para a saúde de lésbicas e bissexuais, população trans e *gays* no intuito de qualificar o atendimento com respeito à população LGBT, além de ações de apoio e fortalecimento dos movimentos e da população LGBT para que possam exigir seus direitos.

Entre os vários *desafios* dessa política, destaca-se a necessidade de que os avanços dos instrumentos normativos e de formação sejam realidade no SUS tanto nas práticas de cuidado, modificando o acolhimento e a atenção; quanto nas práticas de gestão. Dessa forma, esses instrumentos podem criar e fortalecer os espaços de participação social na elaboração e no monitoramento das ações do Plano Operativo; nas práticas de controle social, fortalecendo o papel das lideranças LGBT na defesa do SUS. Por fim, vale ressaltar que, no

âmbito da saúde, é fundamental trabalhar a sexualidade em suas diferentes expressões e vivências, em especial no tocante à orientação sexual e de gênero, pois, no caso dos adolescentes, esses elementos têm forte impacto em seu desenvolvimento psicossocial.

DIEGO CALIXTO

O investimento na produção de evidências e na formação de lideranças que se apropriem da política pública para atuar no controle social é fundamental para o êxito da política. Por essa razão, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) tem investido na formação de jovens lideranças. Em 2015 e 2016, foram realizados processos formativos nos quais cerca de 140 jovens de todo o território nacional foram capacitados. Muitos desses jovens têm atuado no controle social, na defesa do SUS e na garantia de direitos, de modo que avaliamos esses investimentos como muito assertivos.

Os dados epidemiológicos identificam essa população jovem como fonte da maioria dos novos casos de HIV no Brasil. Portanto, é preciso dar centralidade a essa população nas discussões de estratégias, de ações de comunicação e de todas as intervenções que foram realizadas. O investimento em estudos, como a *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP)*³ sobre uso de preservativo, por exemplo, é fundamental para identificar melhores formas de dialogar com essa população e definir estratégias mais adequadas de intervenção. Ao saber da ineficácia do uso de método único de prevenção, a adoção de estratégias de prevenção combinada, por exemplo, é muito importante em se tratando da população jovem.

O diálogo entre pares é outro elemento bastante profícuo. No âmbito do Programa Viver Sabendo, o emprego dessa metodologia de pares tem fortalecido a atuação direta com os segmentos populacionais focalizados na política, tais como *gays*, HSH, jovens, trans. Uma perspectiva importante é o estabelecimento de conexões entre as diretrizes de prevenção ao HIV-Aids no âmbito global com o contexto nacional, pois o Brasil é vanguardista na resposta à epidemia de Aids. Seguindo a definição de populações-chave feita pela OMS (travestis/transsexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, privados de liberdade, HSH⁴), tem-se realizado atuação junto a todas essas populações.

³A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), de 15 a 54 anos de idade, avalia o comportamento sexual do brasileiro. A pesquisa é feita a nível nacional e tem o objetivo principal de monitorar os indicadores de desempenho do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, sobretudo no que se refere à prevenção das situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

⁴Homens que fazem sexo com homens.



PRINCIPAIS PONTOS

- A repressão da sexualidade, instaurada desde o século XVIII, tem ganhado novas roupagens na sociedade contemporânea. A disputa na arena política por setores conservadores que produziram profundo pânico moral nos anos 1970 foram paulatinamente perdendo força com a expansão dos direitos difusos, e a luta pelos direitos humanos reacende-se na atualidade com forte capacidade desestabilizadora de políticas públicas já consolidadas.
- Nesse sentido, a abertura para novos modelos de pensamento, que possibilitem o deslocamento de entendimentos arraigados em preconceitos, é fundamental. As ações de apoio ao empoderamento e à autonomia dos adolescentes, o fortalecimento de mecanismos de participação social e a formação contínua dos profissionais de saúde são estratégias de alta relevância.
- A observância dos marcos internacionais e a devida adaptação à realidade brasileira para sua implementação são condições necessárias ao sucesso da política. Nesse sentido, a elaboração de marcos específicos, como o Marco da Saúde Sexual e Reprodutiva e o Marco do Direito à Saúde dos Adolescentes, representam esforços substantivos para tradução de ações que reconheçam as especificidades dos adolescentes.
- A elaboração de estudos e pesquisas que colaboram nas estratégias de intervenção, a modernização das linguagens de comunicação e informação, a inovação de metodologias, como a de educação entre pares, bem como as campanhas de visibilidade apontadas, são de extrema importância para o acesso da população adolescente LGBT aos serviços de saúde.

2. Adolescência: o direito de viver e expressar sua identidade

No intuito de aprender sobre os modos de circulação e as variadas barreiras encontradas pelos adolescentes em buscas de atendimento à saúde, esta mesa foi composta por quatro adolescentes e jovens que relataram, a partir de suas trajetórias, as necessidades, e as expectativas em relação aos serviços de saúde.

LUANA PEIXOTO

É um grande desafio representar, num espaço como este tudo que eu sou e tudo que construí na minha vivência. Tenho 19 anos, nasci com HIV, sou órfã de mãe e pai. Aos 7 anos de idade, passei a fazer parte de uma organização não governamental (ONG), que se chama Coap, localizada no ABC Paulista. A Coap foi a minha base para toda minha construção de ativismo e militância. Depois, ingressei na *Rede de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV* e, agora, morando no Rio de Janeiro, faço parte da Rede de Jovens Positivos.

Fui convidada a falar sobre os desafios no atendimento do SUS em função de minha identidade sexual. Embora seja um aspecto bastante subjetivo, me debrucei sobre isso e cheguei à conclusão de que o SUS só vai abranger a todos com **equidade e interseccionalidade** necessária quando o sistema político e econômico for repensado e reformado, quiçá revolucionado. Pode parecer obviedade dizer como o sistema capitalista é miserável e cruel, que a saúde pública não será aprimorada e que o SUS não será consolidado nem se tornará integral se não forem feitas reformas estruturais.

Sinto-me privilegiada, sabendo que minha experiência será útil para formulação de políticas públicas. As mudanças nas relações sociais, a exposição do que somos e o reconhecimento da individualidade que representamos vão denunciando os seres complexos que somos e como nossas experiências não cabem numa caixa, numa única categoria classificatória. Somos interseccionais enquanto indivíduos e integrais enquanto coletivo.

Eu, como mulher, vivendo com HIV, infectada por transmissão vertical, tenho um acesso à saúde integral muito questionável, já que os jovens de transmissão vertical são os menos visados, e os que mais precisam de esclarecimentos. Somos também os que menos apresentam adesão ao tratamento. As implicações da não adesão são várias: rebeldia, não entender a importância do antirretroviral e porque ele deve ser tomado continuamente, tudo isso resulta da falta de humanização do SUS, pois é tudo padronizado.

Reconhecer a complexidade dos indivíduos e humanizar o sistema para que ele seja um espelho do que somos e atenda às nossas demandas é fundamental, pois, quando sou ignorada,

fico ainda mais exposta às vulnerabilidades e, se eu não for uma cidadã ciente dos meus direitos, pode ser ainda pior. Por isso, o empoderamento é tão importante, porque a caixinha não se desfaz sozinha, e nós somos os únicos representantes de nossas complexidades.

Destaco aqui as necessidades de milhões de mulheres trans ou cis; brancas, indígenas ou negras; lésbicas, bissexuais ou assexuais. Incluo também as mulheres usuárias de drogas, que, quando não detêm os instrumentos para adotar estratégias de redução de danos, se tornam ainda mais vulneráveis a estupros, abusos e violências de todos os tipos que mulheres geralmente sofrem.

Empoderar homens e mulheres e ampliar esse fortalecimento do indivíduo para que possa buscar melhoria nos serviços prestados é muito importante. O grande desafio para o atendimento é encontrar a equidade na interseccionalização. Isso só será possível com uma reforma no sistema econômico e político. E é de extrema importância que os debates e a troca de conhecimento continuem acontecendo e que mais pessoas, com as suas complexidades sejam incluídas nessa discussão.

REGINALDO QUEIROZ

Minha fala irá focar nas dificuldades, autonomia e protagonismo enquanto *gay* no SUS. Penso que uma das principais dificuldades dos *gays* na saúde seja a homofobia institucionalizada.

Aos 14 anos de idade, me descobri *gay* e foi muito difícil pra mim, eu era muito jovem. Quando entrei no ensino médio, sofri *bullying* e houve uma vez que fiquei quase um mês sem ir pra escola. Foi daí então que senti a necessidade de participar de alguma coisa, de ter um espaço [que] acolhesse os *gays* daquela escola que sofriam *bullying*. Eu entrei no grêmio, começamos a discutir sobre a estrutura da escola, mas, como só havia eu de *gay* e uma amiga lésbica na composição do grêmio, não falávamos desse assunto. E nós dois não tínhamos muito conhecimento sobre o tema na época.

Então eu entrei no movimento LGBT e, depois de insistir muito com o diretor da escola, no final do segundo ano, consegui levar o tema da sexualidade para dentro da escola. Quando discutíamos a sexualidade na escola, era apenas a heterossexual. Nunca incluíamos a sexualidade que falasse da lésbica, da pessoa trans ou *gay*. Não havia espaço para o nosso protagonismo. Contudo, na semana contra a **LGBTfobia**, levamos a discussão relacionada aos *gays* e pudemos falar das doenças que afetam *gays*. A sexualidade anal, por exemplo, é um enorme tabu. Vimos que precisava de uma rede com recorte específico para jovens LGBTs e, então, montamos a **Rede de Jovens Alexandre IVO**. Inicialmente, fiquei responsável pelos temas de saúde e, depois que fiz o curso do MS para lideranças, ganhei mais conhecimento sobre a saúde LGBT.

E qual a minha dificuldade enquanto *gay* no atendimento de saúde? Eu sou *gay* e tenho um jeito feminino e, quando chego num lugar, todo mundo reage com desprezo, isso é bem complicado. Eu sempre tive anemia profunda e faço tratamento, a cada dois meses lá na unidade básica de saúde. Percebo que as pessoas me tratam de maneira diferente, o que me faz pensar que o problema maior é a **homofobia institucionalizada**. Eu mesmo deixei de frequentar a unidade básica de saúde por um tempo, pois era muito difícil. O médico que me atendia queria conversar sobre a minha vida, e eu respondia a ele que eu não precisava de um psicólogo.

Algumas pessoas acreditam que a moralidade delas é melhor que a dos outros e te olham de forma a fazer se sentir mal pelo que você é. Tenho amigos que sofreram bastante e, inclusive, deixaram de fazer tratamentos e consultas por serem maltratados. Isso acaba reprimindo o *gay* e ele não vai cuidar da saúde dele. Tenho amigos que fazem tratamento de HIV e, na cidade pequena em que vivem se sentem intimidados pelo olhar da população.

Há uma ideia de que os *gays* são promíscuos, um estigma herdado pela Aids. O heterossexismo, a homofobia institucionalizada são construções sociais muito difíceis de serem desfeitas. A falta de preparo dos técnicos afasta os jovens das unidades básicas de saúde. Muitas pessoas não conhecem a **Política Nacional de Saúde Integral LGBT**, e essa falta de conhecimento é muito ruim. Em minha opinião, essa é uma das principais dificuldades dos *gays* na saúde, a homofobia institucionalizada.

ALICE DUARTE

Aqui quem vos fala é uma mulher transnegra, do extremo sul da Bahia, universitária, do curso de graduação em Artes com foco em saúde pela UFSB. Dentro dessa complexidade toda, tem o processo bem interessante de interseccionalidade entre todas as dimensões que tangem o processo transexual. A transexualidade é vista e tratado ainda hoje como patologia, mais especificamente como um transtorno da identidade de gênero.

O meu alicerce enquanto pessoa trans foi a universidade. Descobri-me transexual aos 17 anos de idade e, desde então, procuro assistência na atenção básica do município onde resido, Teixeira de Freitas. Enfrento várias dificuldades dentro do SUS neste município, a principal delas é justamente a falta de atendimento. Percebo que estas questões, numa cidade pequena, são bem complicadas. Nos grandes centros, tem uma assistência maior no que tange ao processo hormonal e de terapia.

A política da igualdade no SUS é bem importante e vem justamente para atender nossas demandas, de pessoas que pagam seus impostos, que utilizam serviços e são normais como qualquer outra pessoa. Todas as questões relacionadas à ampliação dos serviços,

desde 2013, como o processo de hormonização, da resignação sexual a partir dos 21 anos de idade, o acesso a hormonioterapia, têm sido bastante relevantes e de mais fácil acesso para as pessoas trans. Contudo estes serviços ainda se concentram nos grandes centros urbanos. Uma mulher, periférica, transnegra como eu não tem acesso a estes serviços. Outro ponto-chave é a atenção básica não respeitar meu nome social, nem minha identidade de gênero⁵. Nas situações em que interpele por meus direitos, os quais conheço bem, os profissionais de saúde me respondem dizendo que a transexualidade não é relevante para o sistema de saúde do município.

Iniciei a hormonioterapia aos 19 anos e foi um processo bem complicado, pois eu aguardava acompanhamento desde os 17 anos e nunca consegui. Efetuei a solicitação pelo TFD e não consegui. Busquei orientações e respostas junto à Secretaria de Estado, mas nunca me deram retorno. Embora tenha sido implementado um comitê técnico de saúde LGBT na Bahia, em 2014, nós do movimento social avaliamos que ele seja apenas uma instalação física, pois as pessoas que trabalham lá não atendem às nossas demandas, não reconhecem as nossas especificidades.

A falta de acesso é um problema bem complicado. Aos 17 anos, procurei uma endocrinologista, em Teixeira de Freitas, e ela me confundiu com uma pessoa intersexual, insistiu para verificar minha genitália, quis saber se eu tinha dois sexos, ou qual sexo eu tinha. Foi uma agressão muito forte. Hoje, eu sou uma pessoa bem resolvida com isso, decidi esperar até eu ter condições (financeiras) para fazer a hormonioterapia cuja sessão custa, em média, R\$ 200. Eu me mantenho com verba da iniciação de pesquisa da universidade. Uma vez que o SUS não me cobre este serviço, eu não posso ter acesso. Eu poderia, hoje, ter muito menos características masculinas se tivesse iniciado esse processo de transexualidade, de fazer essa transição há dois anos, quando procurei pelos serviços. Mas ainda sou privada de direitos, em certa medida, por razões religiosas de profissionais que estão no SUS.

Estes são processos de construção mesmo e difíceis de lidar. Tive um amigo trans-homem que se jogou de um prédio por não suportar a pressão de não ter atendimento no SUS, por não ter um apoio social, por não aguentar a espera. Considerando que o acolhimento e os serviços de qualidade ambulatorial estão concentrados nas capitais da região Sul e Sudeste, os técnicos de saúde devem levar em conta a interiorização das ações, em particular na região Norte e Nordeste do país.

É preciso pensar sobre isso e, a partir desta oficina, propor ações para mudar isso. Precisamos levar esta política adiante e de uma forma que o plano nacional seja executado nos estados e municípios

⁵ A identificação pelo nome social em todos os documentos dos usuários, o que inclui o cartão SUS, é um direito garantido desde 2009 pela Carta de Direitos dos Usuários do SUS (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009).



PRINCIPAIS PONTOS

- O descentramento do sujeito moderno, forjado por um entendimento multidimensional e não mais fixo das identidades, tem sido a principal força motriz na luta por reconhecimento das subjetividades e identidades políticas de vários segmentos da sociedade entre os quais se destacam as mulheres, a população negra e LGBT.
- As experiências compartilhadas nesta seção expressam muito fortemente a importância desse reconhecimento político de suas identidades, negras, *gays* ou transexuais, tanto na busca pela liberdade para serem e se expressarem como são, quanto nas barreiras que a discriminação e o preconceito colocam ao acesso deles aos serviços e à saúde.
- As sistemáticas negações ou mesmo regulações das identidades nas escolas foram apontadas em sua face mais perversa e, como bem destacado, pode levar ao sofrimento psíquico, à defasagem e ao abandono escolar. Para esses adolescentes, as adversidades foram motivadoras para inserção no ativismo político na luta por seus direitos. Contudo este sofrimento pode reverberar por toda a vida adulta.
- A chamada homofobia institucionalizada expressa-se não apenas nas negações das subjetividades pelos profissionais de saúde que não reconhecem as singularidades, mas e sobretudo nas formas de preconceito e discriminação com que recebem os adolescentes LGBT, tentando enquadrá-los em tipos predeterminados de comportamento, formas de vestir e de viver sua sexualidade.
- O destaque dado à educação entre pares, como metodologia eficiente entre jovens, revela muito da importância que os espaços de escuta e valorização dos diferentes saberes precisam ser fortalecidos nas estratégias de atendimento da atenção básica de adolescentes.
- O termo interseccionalidade foi evocado, muitas vezes, na fala dos adolescentes e sobre ele um conjunto de reflexões foram empreendidas nos últimos anos. Mais do que uma categoria política, a interseccionalidade tem se mostrado como importante método analítico para o modo com as diferenças, por vezes produtoras, e as desigualdades interrelacionam-se. Em cada contexto, são constituídas dinâmicas específicas de diferenciação dos sujeitos, bem como das desigualdades decorrentes dessas diferenças, sejam elas de cor/raça, sexo, gênero, sejam de religião, território, etc.

3. Olhares sobre gênero e sexualidade na adolescência

As experiências na produção de evidências e projetos de investigação nas universidades foram o foco desta mesa. Cada um dos três participantes expuseram diagnósticos, reflexões bem como proposições para melhoria do atendimento na atenção básica focada nos adolescentes e a vivência de sua sexualidade.

STELLA TAQUETE

Os jovens vivem um momento muito difícil na nossa sociedade no que se refere à sexualidade. A sociedade brasileira é bastante erotizada, e os estímulos sexuais se dão pelos meios de comunicação em massa permanentemente. Os jovens que, na puberdade, têm seus hormônios sexuais mais ativos ficam muito estimulados a pôr em prática o que eles desejam e, no entanto, a sociedade, em si, não encara a sexualidade do adolescente como legítima. Quando eles vão ao serviço de saúde buscar atendimento, por exemplo, em geral sofrem algum tipo de censura por já estarem vivendo sua sexualidade. Isso é um fator inibidor, uma barreira à procura dos serviços de saúde. Nem todos conseguem ser atendidos sem a presença dos pais, ainda existem serviços que só oferecem atendimento na companhia dos pais, contrariando a garantia de autonomia prevista no ECA e todas as normas de atendimento aos adolescentes.

Em pesquisa recente no Rio de Janeiro, foram visitadas todas as unidades de saúde que atendem a adolescentes e oferecem serviços de saúde sexual e reprodutiva e verificamos que mais de 10% delas só marcam consulta ou dão atendimento com a presença do responsável. Nos atendimentos relacionados à violência sexual, esse percentual é superior a 30%. Imagine que uma menina só pode receber atendimento com responsável sendo que a maioria dos casos de violência é praticada pelos próprios familiares. Há, também, os casos de adolescentes com idade de 15 anos que procuram orientação contraceptiva no serviço de saúde e, sistematicamente, tem seu pedido negado. Os médicos acham que é cedo e não dão esclarecimentos.

Há vários outros elementos que poderiam ser considerados em se tratando da sexualidade na adolescência, como a violência sexual, a cultura funk na qual ocorrem práticas de sexo no escuro. Não temos uma política para a sexualidade, para a saúde sexual efetiva, tampouco para a diversidade sexual. Existe uma política pública muito importante, que é o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas sobre, o qual não é possível obter nenhuma informação para acompanhamento. Esse é um programa fundamental, precisa existir e se aprimorar, pois a escola é o lugar apropriado para se discutir, de forma aberta, sem preconceitos, sobre esta temática.

Iniciação sexual. A maioria das pessoas tem sua iniciação sexual na adolescência. A adolescência é uma fase de experimentação, de conhecimento do próprio corpo. Podem ocorrer

desejos sexuais entre pessoas do mesmo sexo que estão se descobrindo, experimentando o que é ser homem, o que é ser mulher. Não necessariamente essas experiências serão definidoras da identidade sexual. É também, durante a adolescência, que vai se consolidando a identidade sexual, que depende da identidade de gênero e da orientação sexual. Tem havido também uma diminuição da idade na primeira relação sexual.

O que leva os adolescentes os adolescentes com experiências homossexuais ao serviço de saúde? Eles podem ter problemas de saúde com motivação de fundo psicossomática, o que é muito comum na adolescência em função das mudanças corporais, das angústias que elas provocam, sendo ainda mais intensas para aqueles que têm uma sexualidade diversa daquela considerada normal na sociedade. Além disso, há as doenças sexualmente transmissíveis, os sintomas anorretais, para quem pratica sexo anal, em alguns casos, pode ser uma experiência traumática. O isolamento social, os sintomas depressivos e a ideação suicida também são motivações da procura pelo serviço. Fuga de casa, consumo de álcool e drogas, problemas na escola, dificuldade, atraso e abandono escolar são outras das motivações comuns. Há, ainda, a busca pela terapia hormonal para aqueles que vivem a transexualidade. Muitas vezes, as famílias dos adolescentes homossexuais são quem procuram os serviços de saúde em busca de tratamento, de cura para a homossexualidade. Outras vezes, o serviço de saúde é procurado pela escola por razão do *bullying* que os adolescentes sofrem e afetam sua saúde.

Profissionais de saúde na escola. Mais de uma vez, o serviço ambulatorial da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) foi procurado por escolas, para dar apoio em casos específicos. Houve um caso em que o relacionamento amoroso entre duas meninas gerou um problema na escola, pois a demonstração de afeto que evidenciava o relacionamento delas motivou uma série de agressões. Houve uma tentativa de estupro corretivo contra uma delas. Fizemos o atendimento e depois procuramos a escola dispostos a contribuir com alguma atividade formativa a fim de evitar que isso ocorresse novamente. Em longa conversa com a direção da escola e a coordenação pedagógica, observou-se que eles demonstraram interesse na discussão da sexualidade, mas, na verdade, eles queriam mesmo eram palestras sobre como evitar a gravidez na adolescência. Encerraram o assunto e depois soubemos que mudaram as meninas de turma para resolver o problema do *bullying* que elas estavam sofrendo. Nada foi feito no sentido de dialogar com os alunos sobre o que estava acontecendo.

Como os serviços atendem aos adolescentes? De modo geral, os garotos que têm práticas homossexuais não revelam isso no atendimento de saúde e as meninas homossexuais são invisíveis. Os meninos femininos são identificados, mas eles próprios não falam espontaneamente da sua orientação sexual. Os profissionais, por sua vez, também não perguntam, parte-se do princípio de que todos são heterossexuais. O ginecologista desconsidera a homossexualidade feminina. No tratamento de pacientes com Aids, pouca atenção foi dada às questões sexuais. Os adolescentes soropositivos são tratados apenas

com a medicação, pois o profissional de saúde oferece apenas orientações sobre uso de remédios e não se fala da prática homossexual, como se isso não tivesse nenhuma importância. Em geral, os profissionais usam os próprios padrões morais na tomada de decisões. Na minha prática como pediatra, inquietou-me muito o sofrimento e os questionamentos que os adolescentes traziam nas consultas. Eu procurei entender melhor como as experiências homossexuais aconteciam na adolescência.

Em um estudo qualitativo com adolescentes que procuraram os serviços, por qualquer motivo, como as anamneses haviam sido bem feitas, conseguimos identificar as pessoas que já tinham tido alguma experiência com outra pessoa do mesmo sexo e as convidamos a participar do estudo. O objetivo foi conhecer melhor esses adolescentes, como se deram as experiências e que consequências elas tiveram na vida deles. Foi muito difícil, mas conseguimos entrevistar 14 adolescentes (9 meninos e 5 meninas).

Resultados de um estudo. A idade média era de 17 anos (entre 15 e 19). A 1ª experiência sexual se deu entre 8 e 18 anos (e a média 12,9 anos - 50% homossexual). A maioria deles tinha um histórico de violência: nos rapazes: violência homofóbica; nas moças: violência sexual. Doze dos 15 relataram ideação suicida. 64,3% se declararam homossexuais. Fora identificados dois casos de HIV positivo. A maioria tinha atraso escolar: 71,4%. Não houve relatos de discriminação nos serviços de saúde, no entanto, quando perguntados se algum profissional de saúde já tinha conversado sobre sexualidade, sobre sua orientação sexual ou sobre ter tido experiência homossexual, 100% disse que não. Esse, portanto, não é um assunto que os profissionais dialogam com seus pacientes adolescentes.

Entre os rapazes, havia três tipos de experiências. Uma delas é a experimentação como brincadeiras entre rapazes, mas eles não se identificam como homossexual e até têm vergonha de contar. Revelando aí a homofobia da sociedade. Outros têm atividade homossexual por meio da prostituição, por uma necessidade financeira. A maioria dos entrevistados tinha identidade homossexual autodeclarada. Havia uma percepção precoce da atração homossexual e uma compreensão retrospectiva de ser assim desde criança. Um deles relatou: *“Nessa pesquisa, o que mais vai ouvir dizer é que a pessoa não vira. A pessoa já nasce assim, com aquela coisa dentro dela”*. Em relação às meninas, destacou-se a maior ligação do afeto na atividade sexual. Isso é uma questão de gênero. Uma delas assinalou: *“Antes da gente transar, não se mostra um prazer. A gente mostra um amor que sente uma pela outra, entendeu? Transar é uma coisa assim, normal. Mas, se é para eu deitar na cama com ela, transar com ela, eu transo por amor, não por prazer”*.

Os **problemas de saúde mais relevantes** são: a prevalência maior de DST entre adolescentes com práticas homossexuais; na faixa etária de 13 a 19 anos, há um aumento do número de casos de Aids entre HSH, ao contrário das outras faixas etárias; índice de suicídio maior entre adolescentes homossexuais; consumo abusivo de álcool e outras drogas. **As barreiras.** A formação médica inclui poucos conteúdos relacionados à

sexualidade. Não existem muitas oportunidades em que os alunos possam aprender sobre a sexualidade de modo dialogado, aberto e não normatizador. A discussão dessa temática em relação à prática assistencial é escassa. A atuação baseia-se, em geral, nos próprios valores do profissional. Exemplos: julgamento moral, ignorar ou negar a prática sexual do indivíduo, fixar-se apenas em questões técnicas, no tratamento das doenças, falta autoconhecimento, dificuldade de lidar com a própria sexualidade, falta formação em questões mais subjetivas, influência do padrão moral e religioso do próprio profissional. Com isso, perdem-se oportunidades de atender às necessidades desses pacientes adolescentes, de prevenir os agravos e de promover a saúde.

Conclusões. As experiências homossexuais na adolescência têm motivações diversas e são acompanhadas de sofrimento, medo e culpa; sintomas depressivos são frequentes; os serviços de saúde não estão oferecendo atendimento adequado aos adolescentes no que diz respeito à sexualidade; na minha avaliação, não é necessário ter um serviço específico para LGBT, o serviço de saúde tem de atender a todas as pessoas bem, nas especificidades de cada um, em respeito a essas pessoas. Sugere-se que o tema sexualidade e diversidade sexual faça parte dos currículos escolares do ensino fundamental ao universitário e seja incluído nos programas e planejamentos de saúde, que envolvam as faixas etárias adolescentes.

Ademais, destaca-se a urgência de fazer enfrentamento ao movimento escola sem partido cujo lema é “por uma lei contra o abuso de liberdade de ensinar”. Para que a escola seja parceira e promotora de saúde, é preciso garantir a liberdade de ensinar. Infelizmente, como bem assinalou o professor Luiz Melo, *“nunca se teve tanto em relação ao programa LGBT, mas o que há é praticamente nada”*.

TATIANA LIONÇO

No momento político em que nos encontramos, precisamos reconhecer que uma série de direitos conquistados retoricamente ainda carece de garantias reais e que, portanto, precisamos manter uma lógica de idealização ao que deveria ser o direito à saúde, à educação e, fundamentalmente, o direito de adolescentes. Vale lembrar que esses direitos, e mesmo o *status* de sujeito de direitos concedido a adolescentes, só foram afirmados, na história do nosso país, no marco de redemocratização. Nesse sentido, há três pontos-chave a serem considerados. O primeiro deles é esta UTOPIA de ainda poder idealizar avanços na política pública em relação aos direitos sexuais e da pessoa adolescente. A intersetorialidade faz parte dessa utopia que deve ser perseguida. Em segundo lugar, precisamos considerar os retrocessos dos últimos anos na política pública LGBT. É muito importante destacar os fundamentos desse retrocesso, sinalizando explicitamente para a ascensão não apenas conservadora, mas de um fundamentalismo religioso que vem tomando conta do poder público nacional em muitos aspectos. Nessa agenda de direitos sexuais e direitos de adolescentes, há uma ofensiva muito

drástica. Em terceiro lugar, é preciso reafirmar qual deveria ser o fundamento na proposição de políticas públicas, na tomada de decisão governamental numa perspectiva de defesa da laicidade do Estado e da democracia.

A adolescência é um momento do ciclo vital e também uma identidade social que foi estabelecida muito recentemente na história civilizatória. Consolidada no século XX, essa identidade tem relação com o drama do que seja viver em um mundo capitalista, sobre os desafios implicados na transição da infância para outro momento de autonomia civil, de vida adulta. Portanto, a problemática adolescente, em grande parte, condensa o que é viver em um mundo capitalista, em um mundo secular, ou seja, quando se perde uma referência relativamente unívoca sobre como se deve levar a vida, os modos de vida. Nas sociedades seculares, as livres consciências passam a pleitear o espaço social, o pertencimento comunitário, a sobrevivência na sociedade. Nesse sentido, a adolescência, além do desafio da sobrevivência no mundo capitalista, impõe também um desafio psíquico, o de como se tornar sujeito em um mundo societário tal qual estabelecemos na modernidade, com suas múltiplas referências simbólicas. A adolescência, por si só, condensa, portanto, uma série de desafios.

A pessoa adolescente encontra-se em um momento biográfico em que se dá o **alargamento das relações sociais**, um aumento não apenas quantitativo das relações interpessoais, mas também qualitativo, pois a possibilidade de iniciar a vida sexual, bem como a iminência do início do trabalho, em um breve futuro, impõe ao sujeito uma série de desafios sociais e psíquicos. Adolescentes procuram por nichos comunitários em que sua identidade não seja objeto de retaliação e repúdio, mas de reconhecimento e pertencimento social. Os desafios para os adolescentes LGBT, em especial, são ainda mais complexos, pois eles estão se constituindo contra uma hegemonia moral, contra um mundo normalizado em que a heterossexualidade é entendida como natural.

Dada essa complexidade, pensar a saúde LGBT necessariamente remete para a utopia, que é a integralidade na atenção. A saúde é pensada nessa perspectiva há algumas décadas, desde a visão ampliada de saúde postulada pela Organização Mundial de Saúde, em uma estrutura bastante complexa, que envolve questões orgânicas, psicológicas, sociais e culturais. A partir do processo de redemocratização, o governo brasileiro avançou bastante na retórica dessa utopia, nesse ideal de cuidado, desde a Lei Orgânica da Saúde, tendo por marco fundante a própria Constituição Federal de 1988, por meio da qual a atenção integral passou a ser afirmada como um horizonte a ser perseguido. Tal utopia veio a ser reafirmada, mais recentemente, com o Decreto nº 7.508, de 2011, que instituiu uma lógica de redes de atenção à saúde com base territorial nas chamadas regiões de saúde.

Dessa forma, foi possível e é ainda desafio articular ao SUS outras políticas públicas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Se, de fato, assumimos os determinantes sociais da saúde como elementos fundamentais para reflexão sobre práticas de cuidado e as estratégias a serem adotadas, necessariamente será preciso considerar a interface da saúde com a

educação, a assistência social e o Direito (defensorias etc.). É preciso uma ação mais incisiva do Estado no reconhecimento de violações e na tomada de medidas imediatas de reparação. É fundamental pensar a rede de atenção à saúde para além dos três níveis de assistência do SUS, mas prioritariamente, em uma lógica intersetorial no território de referência.

O cuidado da pessoa LGBT adolescente depende, em muito, dessa **intersetorialidade**, pois eles são mais vulneráveis ao rompimento de vínculos familiares, por exemplo. Diferentemente de outros determinantes de violação de direitos, como o racismo, no caso dos adolescentes LGBT, o núcleo familiar não é necessariamente um espaço de pertencimento identitário. O adolescente LGBT vai ser um corpo estranho nessa família, um corpo e uma subjetividade recusada pela família. Pensar, portanto, a qualificação dos profissionais que atuam em casa abrigo, ou mesmo estratégias de especificação de casa abrigo dirigidas a essa população são de extrema importância. Da mesma forma, é preciso compreender que, muitas vezes, o pedido de atenção à saúde que a família faz para a pessoa LGBT deveria ser entendida pelo Estado como uma vulnerabilidade à violação de direitos, como no caso das terapias de correção ou reversão da orientação sexual.

Na psicologia, há uma normativa, a **Resolução nº 01/1999, que veta a patologização da homossexualidade**, veta o tratamento de cura da homossexualidade. Contudo é sabido que muitas famílias procuram atendimento psicológico para adolescentes na lógica das terapias de reversão da orientação sexual ou cura da homossexualidade, no intuito de “prevenir” a homossexualidade. É como se a homossexualidade, a transexualidade ou a travestilidade fossem problemas a serem evitados e não elementos constitutivos das subjetividades e identidades que devem ser protegidas conforme prevê o ECA, tal e qual implica reconhecer a garantia da autonomia e da dignidade da pessoa humana. É preciso, portanto, ter uma perspectiva ampliada dessa rede de atendimento para que os profissionais de saúde, dada a complexidade de cada situação, possam recorrer a outras instâncias no cuidado intersetorial, com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis.

Outro fator a ser considerado é que, na adolescência, podem se apresentar condições de vida mais **vulneráveis ao suicídio**. Na psicologia, utiliza-se o conceito de passagem ao ato para se referir a momentos em que as possibilidades de pensar e produzir sentidos psiquicamente são insuficientes diante dos conflitos que a vida apresenta, sendo que a passagem ao ato surge como uma solução precipitada e que torna o sujeito vulnerável a uma série de agravos, inclusive a atos suicidas. Adolescentes estão mais vulneráveis à passagem ao ato e isso ajuda a entender o alto índice de suicídios entre adolescentes e jovens LGBTs.

O princípio da intersetorialidade no cuidado deve ser um eixo estruturante das práticas de cuidado para adolescentes LGBT. Segundo os princípios do SUS, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis deveriam ser predominantes, ao invés de apenas focar em processos de adoecimento já consolidados e medidas de reparação. Nesse sentido,

o diálogo com a escola se faz fundamental. A família não será necessariamente o principal canal de diálogo e de veiculação de informações importantes ao início de uma vida sexual, seja ela heterossexual ou homossexual, ou mesmo espaço para reflexões e experimentações primeiras sobre modos de vestimenta e da escolha da apresentação social de gênero. Por exemplo, muitas vezes, a pessoa adolescente está sozinha no processo de iniciar a mudança na forma de vestimenta, de demandar ser reconhecida por outro nome, no caso de adolescentes trans. Na maior parte das vezes, não é a família o contexto de maior proteção em relação a esses comportamentos, sendo a escola muito importante no processo de acolhimento e acompanhamento.

A **escola é corresponsável** no marco legal junto às famílias na formação, na educação de crianças e adolescentes. Muito embora algumas pessoas tenham reivindicado a primazia do direito da família na educação, na família e na escola, não confundem o papel na educação, na responsabilidade legal sobre crianças e adolescentes. A família tem autonomia para transmissão, formação do sujeito com base em certos preceitos morais e religiosos. Essa autonomia moral é afirmada com um direito não apenas das famílias, mas também de adolescentes. Pais e mães não detêm posse de seus filhos, eles são responsáveis pela garantia dos seus direitos, implicando, por exemplo, o direito à dignidade e ao livre desenvolvimento da personalidade. Muitas vezes, adolescentes não terão os mesmos valores morais que seus pais, podendo discordar de preceitos familiares. Nesse sentido, a escola apresenta uma função de ampliação do nicho de pertencimento social, **de diversidade cultural e moral**. Quando a pessoa LGBT encontra homofobia e/ou transfobia em casa, na escola ela deveria encontrar outros discursos que fortaleçam a sua convicção de que estes não podem ser fatores de violação, nem de seu direito à dignidade nem de quaisquer outros direitos.

Por tudo isso, é preciso fortalecer as iniciativas intersetoriais, como o Programa Saúde e Prevenção na Escola e o Saúde na Escola. É preciso entender a escola como dispositivo central na rede de proteção à pessoa adolescente, fazendo, inclusive, articulações com a política de assistência social. Muito embora seja esperado que todos os setores do governo estejam sintonizados aos preceitos do ECA, a execução das políticas públicas se faz de forma fragmentada.

Além disso, a própria utopia dos direitos humanos e dos direitos sociais vem sendo abalada em função de retrocessos que ocorrem na política pública. Para adolescentes LGBT, os efeitos da ofensiva fundamentalista na agenda nacional de direitos sociais são bastante dramáticos, *vide* a retirada do material educativo que seria distribuído para qualificar a atuação dos profissionais da educação do ensino médio no enfrentamento da homofobia, da lesbofobia e da transfobia nas escolas. Nos últimos anos, também ocorreu veto à veiculação de uma campanha de prevenção, em rede nacional de televisão, voltada para jovens homossexuais sobre a epidemia do HIV, num contexto de aumento dos índices de HIV justamente entre jovens e adolescentes. Tal fato representa um retrocesso na política pública pela qual o Brasil havia se tornado referência mundial.

No que se refere ao processo transexualizador, há uma série de limitações nos serviços ofertados nos centros de referência. Primeiramente, pelo viés biomédico, de psicopatologia, de doença mental, que organizou a oferta de serviços. Além disso, há uma ênfase na atenção especializada em detrimento dos processos de cuidado de atenção básica, centrada em procedimentos médicos e condicionando à dimensão médica outros serviços, como os de assistência social e psicológicos. São potencialmente excluídas dos serviços as travestis e as pessoas que não se enquadram nos critérios médicos diagnósticos, assim como adolescentes LGBT em função da idade civil. Ainda que haja restrições da autonomia civil na tomada de decisões irreversíveis, como procedimentos plásticos de alteração da anatomia sexuada, existe, há algum tempo, demanda por atendimento especializado para adolescentes trans, inclusive para apoiar processo de significação de si. O diálogo, em rede, é muito importante, pois os adolescentes estão aí com suas demandas, e não vão deixar de existir porque a política pública impõem barreiras, legais ou epistemológicas.

Os pesquisadores, os trabalhadores e os gestores devem escutar e reconhecer as demandas destes sujeitos de direitos, conhecendo e respeitando sua geração, pois as mudanças geracionais no último século têm trazido transformações socioculturais muito rápidas. Ainda, há muitos estudos sobre homofobia e transfobia nas escolas da educação básica e muito poucos no contexto das universidades. A universidade também é um espaço de pertencimento institucional que muitos adolescentes e jovens integrarão e para muitos ela será o primeiro espaço de liberdade. Precisamos olhar também para esses espaços para avançarmos na garantia de direitos.

ADRIANO COSTA

Há um grande guarda-chuva na sigla LGBT, mas, em se tratando do diálogo com profissionais de saúde, é preciso observar as especificidades desses adolescentes. No trabalho da Regina Facchini, em que ela versa sobre a sopa de letrinhas LGBT, há um conjunto enorme de categorias, mas precisamos olhar suas especificidades. As experiências de sexualidade dos sujeitos não são uníssonas.

Contexto da saúde no Brasil. Há um princípio muito forte das questões de gênero calcadas no sistema binário de que existe um jeito específico de ser homem e de ser mulher. A política de saúde que não esteja pautada pelas especificidades dos sujeitos ao se identificar um homossexual masculino será atribuída a ele um conjunto de representações da sexualidade masculina. No caso do travesti, rapidamente se imagina que suas relações sexuais se dão com homens. Mesmo quando os sujeitos são aceitos, eles só o são dentro de uma norma e, sistematicamente, aproximada a uma definição fixa do que é ser homem ou mulher.

Outro ponto que não podemos esquecer quando falamos da saúde LGBT, seja em se tratando de HSH, travestis, ou transexuais, são sujeitos que ganham evidência na saúde

a partir da política de HIV/Aids, ou seja, a partir de uma doença. Jovens não usufruem dos serviços de saúde; é difícil encontrar jovens nas unidades básicas de saúde (UBS). A estratégia de **saúde da família não visualiza o jovem**, limita-se a uma saúde reprodutiva e mantém a percepção de famílias heteronormativa. Por outro lado, observa-se que os jovens, cada vez mais cedo, estão não apenas descobrindo a sexualidade LGBT, mas se assumindo, se expressando nos espaços públicos diferentemente de gerações anteriores. Hoje em dia, a vivência homossexual está muito mais presente nos meios de comunicação que chegam com imensa velocidade aos adolescentes, não apenas na internet, mas também na TV e no cinema. Para além disso, existem os festivais de cinema LGBT, as paradas de visibilidade e outros eventos de grande repercussão midiática. Vários dos direitos conquistados nos últimos 20 anos estão também associados a essa visibilidade.

Boa parte das pesquisas sobre LGBT está no campo do HIV e o que temos é que as primeiras relações entre HSH são clandestinas e não envolvem uso de preservativos, muitas vezes, por não se darem em locais de difícil negociação do preservativo. Bem, se os adolescentes não estão no serviço de saúde, onde eles estão? Na escola. O Programa de Saúde na Escola, que aborda desde as questões de obesidade, altura, capacidade de enxergar até HIV, desconsidera toda a parte de direitos sexuais e reprodutivos. Muito embora os **Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)** apontem os temas transversais, entre os quais a saúde seria um deles. A escola é o ambiente de formação do sujeito e, muitas vezes, ao invés de desconstruir preconceitos, de promover a afirmação das várias identidades, ela acaba por reforçar os estereótipos. Os PCNs são importantes, pois, para além dos temas transversais, podemos ter um professor como mediador. O professor não pode opinar, imprimir seus valores, mas ele pode levantar o debate e provocar a reflexão entre os alunos.

A homofobia é um desses temas e sobre o qual é importante se atentar para os modos como os discursos são produzidos e como as instituições reverberam esses discursos. Ora, se o Estado brasileiro é homofóbico, a saúde e a escola também serão. Não é possível negar que a colonização do país foi extremamente machista, patriarcal, racista e homofóbica e desconstruir tudo isso leva tempo. É preciso, portanto, plantar sementes para que outras gerações possam colher. São processos longos, que vão em forma de ondas de avanços e de retrocessos. Muitos falam das ondas conservadoras, mas também há aqueles que tentam quebrar as ondas.

De modo geral, os temas transversais são todos tratados do ponto de vista do problema, como a gravidez na adolescência, a prevenção às DST/HIV/Aids e a orientação sexual. Por essa razão, as temáticas devem ser incluídas nas ações programadas da escola. As palestras que comumente ocorrem nas escolas limitam-se às discussões sobre prevenção, e não se trata de sexualidade, nem de gênero – como se fosse possível discutir prevenção de HIV/Aids sem tratar das questões de gênero e sexualidade, de prazer de subjetividade.

Para além das ações programadas, há também aquelas isoladas do cotidiano e nas realidades das escolas, ações que ocorrem ao acaso, pois os sujeitos LGBT estão na escola

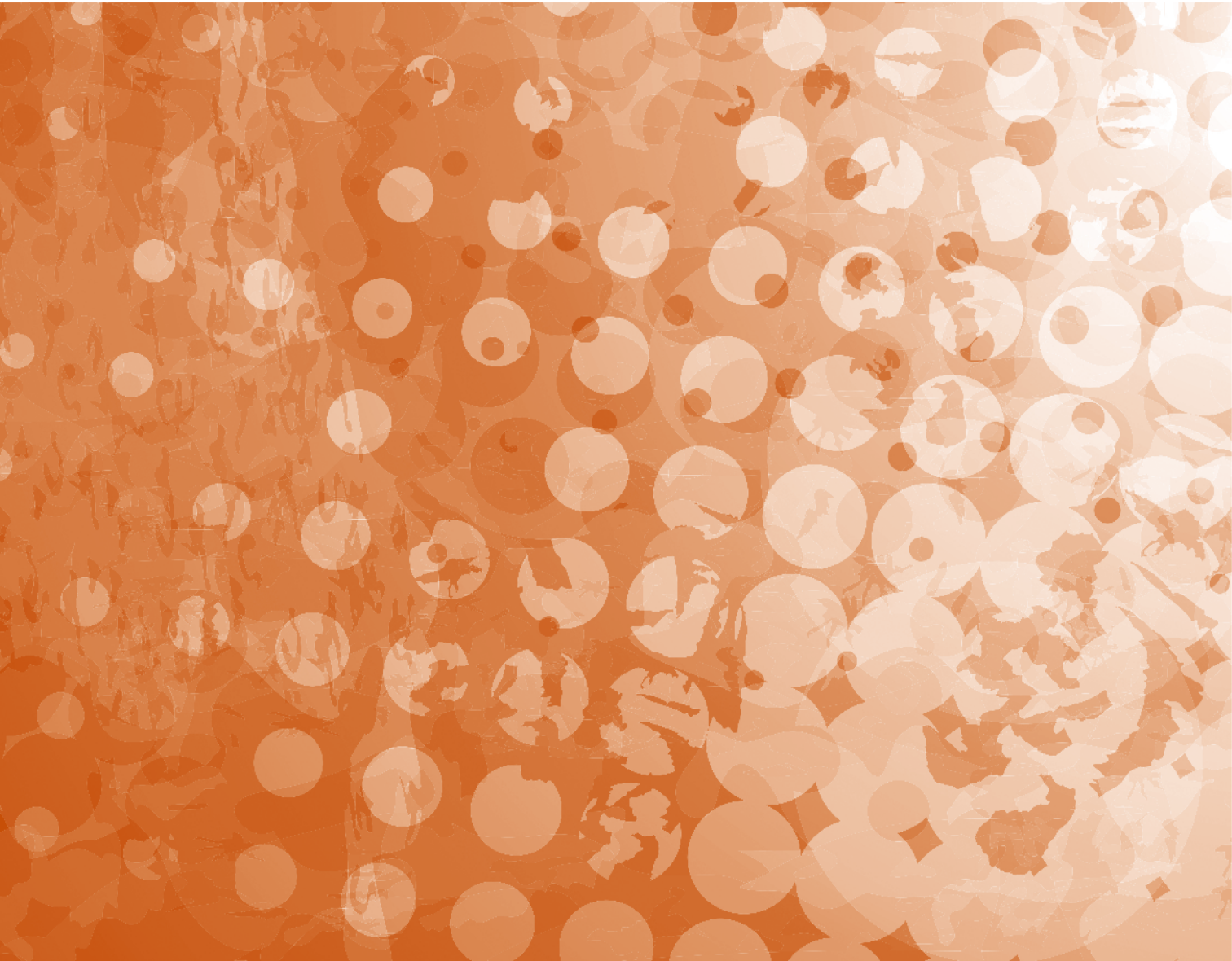
tensionando os modelos. A travesti ou transexual que pede para usar o banheiro feminino, por exemplo, provoca a escola a lidar com essa especificidade. A direção pode aproveitar esse momento e construir reflexão juntos aos alunos e profissionais, ou não. Paulo Freire nos ensinou que a metodologia deve ser a do questionamento reconstrutivo. Devemos reconstruir junto com os alunos as soluções. Se as meninas cisgênero não permitem as trans utilizarem os banheiros femininos, é preciso ouvir delas suas razões. As escolas, no entanto, preferem disponibilizar o banheiro dos professores a abrir uma discussão conjunta, não promovendo o debate pedagógico.

Por fim, quero lembrar a importância de educação permanente com as equipes da atenção básica para incorporar novos temas. O usuário passa por vários profissionais até chegar ao médico e todos eles devem estar sensibilizados. Mesmo havendo normativas, portarias, se não houver profissionais sensíveis na ponta, não resolve. A atenção básica precisa estar preparada para receber esses sujeitos.



PRINCIPAIS PONTOS

- A intersetorialidade, muito mencionada, diz respeito à capacidade de articulação entre vários setores em torno da composição de uma agenda, um serviço, uma política comum. Tendo a política de saúde a missão de oferecer um cuidado integral aos sujeitos, é fundamental articular-se a outros serviços especializados, como da assistência, da educação, da justiça, para garantir a proteção e apoiar os adolescentes frente às violências e aos agravos à saúde que decorrem de sua orientação sexual e identidade de gênero.
- O sofrimento mental entre adolescentes aparece como fator preponderante para o cuidado da saúde com foco na sexualidade, tendo em vista que a adolescência enfrenta um desafio de ordem psíquica bastante intenso, em função das várias alterações nos corpos e também das relações sociais cuja pressão de determinados padrões pode causar sofrimento.
- Os profissionais de saúde têm severas deficiências em sua formação no que concerne ao atendimento em sexualidade. Por essa razão, motivações religiosas e valores morais permeiam a avaliação e os cuidados de saúde de adolescentes. Entre os principais motivos pelos quais os adolescentes procuram os serviços de saúde, destacam-se depressão, isolamento social, ideação suicida, defasagem e abandono escolar, violências físicas e sexuais, abuso de álcool e infecção de HIV.





PARTE 2

INICIATIVAS PARA ATENÇÃO DE SAÚDE DE ADOLESCENTES



1. O Adolescentro – Luiz Fernando Marques

O **Adolescentro** é um centro especializado em adolescentes (de 10 a 18 anos de idade incompletos), no qual é oferecida uma atenção integral apoiando o desenvolvimento com foco na saúde mental de acordo com as potencialidades. Utilizando de uma abordagem biopsicossocial e multidisciplinar, os profissionais participam do plano terapêutico e definem juntos a melhor forma de tratar as demandas trazidas. São oferecidas consultas médicas, avaliação psiquiátrica, hebiatra, neurologia, psiquiatria e ginecologia. Há também profissionais de psicologia, de nutrição, do serviço social, da terapia ocupacional, da enfermagem, da fonoaudiologia, da farmácia e da odontologia.

Parcerias. Há um conjunto de parcerias com serviços da Secretaria de Educação e com equipamentos sociais de outras secretarias do governo local, bem como os estabelecimentos acadêmicos. No Adolescentro, contamos sempre com a presença de estudantes de graduação e de profissionais que estão em formação, residência ou estudos para mestrado/doutorado.

Os serviços. Os adolescentes não são avaliados isoladamente, os pais ou responsáveis também são chamados. Há casos em que o adolescente não consegue vir ao centro e, então, o atendimento se inicia pelos pais/responsáveis. O principal programa é o de violência sexual, que atende às vítimas e aos familiares. Também são oferecidos assistência e tratamento a adolescentes e seus responsáveis com transtornos de déficit de atenção depressão, autismo, déficit cognitivo, agressividade, tentativa de suicídio, automutilação, conflitos com a sexualidade e dependência tecnológica. São feitos diagnósticos e prescritos os medicamentos necessários, e é oferecida conjuntamente a psicoeducação dos pais. Assim, eles podem trabalhar as questões de como aprender a tratar e se informar em relação ao cuidado específico que o filho possa precisar.

A chegada. A demanda é espontânea. Entretanto há também encaminhamentos vindos de outros serviços de saúde, de escolas, da justiça, dos conselhos tutelares e de profissionais privados. Todas as pessoas são atendidas no período em que chegam, por meio de uma entrevista inicial. Esta entrevista é feita por um profissional de nível superior, e, nesse espaço de escuta, são dadas as orientações iniciais e feita a classificação de risco e prioridade para então efetuar a entrada do adolescente no sistema, onde e quando. Posteriormente, é agendada a entrada e/ou consulta. Nos casos graves, o agendamento é imediato. Em casos de tentativas de suicídio, antes de entrar no grupo, é feito encaminhamento para o psiquiatra.

Os grupos de entrada são indicados para casos de vivência de violência e demandam um olhar todo específico. Os adolescentes que chegam ficam em um grupo com outros adolescentes e são observados por três profissionais. Simultaneamente, em outra sala, é feito um grupo com os pais/responsáveis. Dessa forma, o relato do adolescente e a sua

forma de interagir são obtidos ao mesmo tempo das queixas dos pais. Após duas horas de duração do grupo, os profissionais reúnem-se e discutem qual é a percepção que se tem e qual é o melhor encaminhamento para cada caso.

Os grupos de **processos educativos** voltados para adolescentes com TDH e déficits cognitivos trabalham dificuldades escolares, psicoeducação e desenvolvimento de autonomia e de habilidades para a vida. Os espaços de diálogo e a expressão jovem promovem a interação, a comunicação, a autonomia, a autoestima, a formação, os vínculos e os aspectos da integração social como construção de resiliência e empoderamento desses adolescentes. Há também o grupo de técnicas criativas com espaços de expressão e produção artística para adolescentes e profissionais, para além de um grupo para aprendizado e desenvolvimento de materiais com os adolescentes, investindo em criatividade, expressão, comunicação de ideias e emoções.

O grupo de **educação nutricional** faz acompanhamento de distúrbios metabólicos e erros alimentares, prevenindo doenças e promovendo a incorporação de bons hábitos alimentares, como o uso racional, a manipulação, a higienização e a preparação dos alimentos. A assistência social promove a garantia de direitos aos adolescentes em risco social, atuando na articulação com outras redes da área social, como a escola, os esportes e os estágios. O grupo de **conflitos familiares** busca resgatar a autoridade dos pais na relação com os filhos, criando um canal de comunicação mais amoroso. Em parceria com a família, busca-se o fortalecimento das competências na educação para o desenvolvimento saudável de seus filhos.

O **Programa de Atenção à Violência – o PAV Caliandra** trabalha a superação das situações de violência e previne consequências, como o uso abusivo de drogas, gravidez indesejada, depressão e transtornos pós-traumáticos. O PAV destina-se ao acompanhamento de comportamentos sexuais de risco e vítimas de violência sexual e seus familiares. Muitas vezes, os pais não se dão conta ou não estão conseguindo perceber que quem está violentando aquela filha é um vizinho, um tio ou um namorado. Essa é uma questão muito delicada e o próprio adolescente tem dificuldades de reconhecer a situação como sendo uma violência sexual. Muitas vezes, a violência sexual é reduzida à penetração, porém não há a necessidade de haver contato físico para que se caracterize uma violência sexual com grandes consequências.

A **diversidade sexual** é abordada também em grupo junto a temas relacionados a sexualidades e gêneros, com o intuito de empoderar adolescentes LGBT para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade individual e social. O trabalho visa compartilhar vivências e elaborar experiências – nos planos individuais ou coletivos – de sofrimento e de travessia do sujeito que sofre ao sujeito agente de transformação política. Alguns adolescentes chegam ao serviço em situação muito crítica, de forte isolamento social. O sofrimento, em função do estigma da discriminação, é trabalhado terapeuticamente

com os jovens LGBT. Filmes, poesias, depoimentos são recursos comuns para iniciar uma discussão. Os temas são problematizados e eles vão elaborando as suas questões internas conduzidas por três profissionais de três formações diferentes. Para esse tema não havia um grupo de pais em função do constrangimento que pode causar. Os pais rejeitam ou têm muita dificuldade em falar sobre a sexualidade dos filhos. Contudo é comum a chegada de pais em sofrimento grande, por vergonha social da homossexualidade dos filhos. Os conflitos familiares, muitas vezes, somam-se a frequentes situações de abuso e desqualificação no ambiente escolar. Quando você vê uma travesti na rua fazendo calçada⁶, geralmente foi o que lhe sobrou porque a discriminação começou lá na escola, lá na família, quando assumiu atitudes que não se encaixavam nos padrões heterossexuais, o percebido como “normal”.

Os principais desafios na atenção integral à saúde no contexto sócio, político e cultural em que vivemos são o fundamentalismo religioso e o conservadorismo político se firmando nos discursos de boa parte da população. A reprodução desses discursos, a polarização de posições, a intolerância e a cultura de ódio são muito fortes. Por outro lado, vem ocorrendo um aumento da visibilidade e da defesa de direitos das minorias. Nos casos em que a questão religiosa é muito forte, é feito um esforço de explicitar as evidências médicas e de saúde para que os pais compreendam a importância de lidar com a sexualidade dos filhos. Por essa razão, também são feitas consultas individuais. Com isso facilita-se a elaboração das vivências trazidas no grupo, a abordagem das dimensões de enfrentamento a violências. Outro ponto é detecção e manejo de sofrimento psíquico, esse imenso sofrimento psíquico. Muitas das pessoas aparecem mutiladas, já tem ideação suicida, já tiveram tentativas de suicídio. Na referência, há profissionais de serviço acolhendo jovens e responsáveis e triando situações de adoecimento e transtornos. Esses profissionais encaminham-nos para atendimentos necessários, dentro e fora do serviço, podendo ir e voltar a determinado especialista conforme seja necessário.

Outra dificuldade é a **aceitação nos serviços de saúde**. Entre os profissionais, existem preconceitos, desconhecimentos e conflitos. Quem trabalha com sexualidade e com drogas precisa ter essas questões resolvidas consigo para evitar normatizações e moralizações sobre as práticas. Contudo é perceptível o despreparo e a pouca sensibilidade dos profissionais para o atendimento desse grupo específico. Normas são instauradas e remédios são prescritos como consequências desse lapso na formação profissional. A questão da hormonioterapia, por exemplo, torna-se um problema na medida em que endocrinologistas desconhecem as especificidades dessa população. Existem locais para aprender, existem serviços que estão atentos a essas questões.

⁶ Fazer calçada é uma gíria utilizada para definir a prática de prostituição de rua.

Para mapear as demandas específicas, foram feitos grupos focais com o Ibrat e a ANAVTrans⁷. A principal demanda foi sobre o nome civil, seguida da hormonização. A cirurgia apareceu, mas não como uma prioridade. Chamam atenção as queixas de que o sistema de saúde não reconhece, não absorve, não dá importância a estas questões.

A lógica da saúde é identificar doenças, para tratar sintomas. Então quando se trata de questões que fogem à regra, em que a prescrição de um comprimido não vai resolver, fica muito difícil. É preciso entender que a pessoa LGBT não tem uma doença, e que o sistema de saúde não é inclusivo. Para uma atenção à saúde que aborde as pessoas em seus aspectos integrais, é necessário associar aos equipamentos de saúde os da assistência social, da educação e do sistema de justiça.

Por fim, esses serviços especializados em atenção à população LGBT podem atuar matricialmente com outros serviços da atenção básica, da rede de educação e dos conselhos tutelares. É preciso dar esse salto: da atenção especializada para a atenção básica.

2. O ambulatório transdisciplinar de identidade de gênero e orientação sexual do Hospital das Clínicas (USP) – Saulo Ciasca

Este ambulatório é especializado em atendimento de transexuais. Pessoas travestis também vão lá, a gente também atende, mas, quando chegam na fase adulta, muitas vezes, elas são encaminhadas para o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais porque o nosso ambulatório também faz o acompanhamento cirúrgico e, muitas vezes, a pessoa travesti não quer fazer algumas cirurgias, então não continuam no nosso ambulatório.

Antes de tirar as pessoas das “caixinhas”, nós precisamos colocá-las em “caixinhas”. A primeira é o **sexo biológico**. A pessoa pode ser macho, fêmea e não ter sexo. Pode ser homem, mulher ou nenhuma. A segunda é do papel de **gênero**, que é como a pessoa se expressa a partir de sua aparência. Ela pode ser masculina, andrógina, feminina ou não binária. A terceira, a **orientação sexual**, refere-se à atração sexual do sujeito em termos de heterossexualidade, bissexualidade, pansexualidade e homossexualidade. A orientação sexual relaciona-se aos desejos de intimidade e sensibilidade dos sujeitos.

O adolescente, muitas vezes, chega ao ambulatório querendo se entender, querendo se descobrir, se conhecer, se compreender diante tantos termos e normas. O primeiro exercício é verificar em qual “caixinha” que ele tenta se colocar para depois desconstruir isso

⁷A sigla Ibrat diz respeito ao Instituto Brasileiro de Transmasculinidade e ANAVtrans é a Associação do Núcleo de Apoio e Valorização à Vida de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Distrito Federal e Entorno.

e reconstruir junto com ele. É um processo que parece complexo, mas é um exercício que mobiliza pouco a indefinição do momento da adolescência.

A **disforia de gênero** é um termo importante, pois o ambulatório trata de pessoas que chegam com esse diagnóstico. Termo cunhado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, não se refere à doença, mas a um sofrimento associado a questões de gênero. O sofrimento pode ser um processo que se inicia na infância e progride insidiosamente, ou não, até a adolescência. A identificação com um gênero diferente do designado no nascimento pode causar sofrimento ou não. A família é determinante nesse processo, se ela aceita ou rejeita, se se dispõe a lidar com essa questão, as circunstâncias que delimitam ou interferem nos graus de sofrimento do processo.

A puberdade costuma marcar a noção de não pertencimento ao gênero com o qual a pessoa se identifica. É nesse momento da vida, durante o desenvolvimento sexual secundário, que as características sexuais ficam mais evidentes e a não identificação com essas marcas corpóreas pode resultar em sofrimento e outras complicações. A revelação de marcas sexuais nesse estágio torna impossível as fantasias de ser do sexo oposto que são bastante comuns na infância. Há crianças que rejeitam, desde muito cedo, os marcadores relacionados ao sexo do nascimento. Nomes, roupas, cortes de cabelo, costumam indicar essas rejeições e desejos. Quando essas crianças percebem que, por exemplo, o pênis não cairá naturalmente, surge uma grande frustração. E é justamente na puberdade que a busca pela transformação definitiva tem início. Nesse momento, as experiências sociais podem ser marcantes e destrutivas. Podem acontecer automutilação, depressão, ansiedade, suicídio, abuso de drogas, transtorno alimentar, comportamento sexual de risco, reclusão social e transgressão de normas sociais. Havendo compreensão familiar, as experiências podem ser respeitadas e construtivas. Não existem regras ou padrões relacionados aos sofrimentos e dificuldades, mas eles são bastante comuns.

A **busca por mudanças corporais** pode dar início ao uso desregrado de hormônios e até mesmo à procura por cirurgias. As adolescentes trans sempre que se veem com um pelinho no rosto elevam as doses hormônios em 20 vezes para que o pelo caia. Tomam os chamados “bolo de hormônios”. Soma-se às questões corporais o imediatismo peculiar dos adolescentes. Nessa fase, qualquer problema precisa ser resolvido instantaneamente, o que gera ainda mais conflitos. No acompanhamento desses adolescentes, são seguidas diretrizes da *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* e realizadas intervenções psicológicas, psicoterápicas e psiquiátricas para possíveis transtornos associados, como depressão, automutilação e ansiedade. É importante destacar que não entendemos a transexualidade ou a disforia de gênero como doenças passíveis de tratamento. A disforia só deve ser entendida como transtorno a partir do momento em que a pessoa sofre por isso. Acontece, muitas vezes, de a pessoa resolver a própria disforia de gênero dentro do processo de psicoterapia.

A disforia de gênero não se resolve com a cirurgia. Por vezes, a indicação para a cirurgia é justamente a pessoa não sofrer mais com a disforia de gênero, pois a angústia excessiva em relação ao gênero e ao corpo pode não ser eliminada após o procedimento cirúrgico. A disforia e seus conflitos só se resolvem a partir do contato da pessoa com a sua própria realidade e o desenvolvimento de habilidades para lidar com essas questões. Muitas adolescentes chegam ao ambulatório querendo a cirurgia de imediato: estou deprimida, preciso namorar, meu namorado só me aceita se eu operar e tiver uma vagina. São sempre orientadas a esperarem um pouco e refletirem sobre as razões pelas quais desejam uma cirurgia.

Existem as **intervenções** sociais e as físicas quando necessárias e desejadas. As intervenções físicas podem ser reversíveis (de bloqueio ao início da puberdade através de agonistas ou outros hormônios); parcialmente reversíveis (com hormonioterapia) e irreversíveis (cirurgia). Quando a criança completa seus 10 anos de idade e há forte certeza ou indicação que essa criança será trans, é comum postergarmos a puberdade com um bloqueio até ganhar tempo pra criança amadurecer e se compreender melhor. Durante a adolescência, é possível fazer a hormonioterapia cruzada orientada ao gênero que a pessoa deseja. As cirurgias, irreversíveis, só podem ser feitas a partir de 21 anos. É importante encorajar a pessoa a considerar alternativas à cirurgia de redesignação sexual (CRS). Isso não significa orientar as pessoas a não operarem, mas provocar questionamentos, reflexões mais profundas sobre as genitálias, seus significados e usos. Perguntas sobre a vida sexual, uso do pênis são feitas para além da explicação de como é feita a cirurgia para transformação em uma vagina. A parte neurológica continuará a mesma, então é preciso orientar sobre o prazer e o orgasmo. Por outro lado, há casos em a cirurgia é muito importante. Há pessoas que possuem a síndrome do membro fantasma, homens trans relatam que foram urinar e sentiram a falta física do pênis, pois tem uma representação corporal ou imagética do pênis muito intensa. Nesses casos nós indicamos a cirurgia.

O primeiro passo para a cirurgia é uma **psicoterapia** de grupo. Essa fase compreende um momento de reconhecimento e informações sobre os limites da cirurgia e suas consequências. Nesse estágio, é feita a consolidação diagnóstica, ou seja, uma exclusão dos diagnósticos diferenciais. Ressaltando sempre que se trata de uma cirurgia de alto risco: 45% de risco de complicação. A pessoa precisa estar preparada para esse risco.

Existe um projeto de lei⁸ que extingue a necessidade dos diagnósticos e outros atendimentos para realização das cirurgias. Essa mudança legal é muito séria e complicada, pois o processo da cirurgia é absolutamente complexo, ninguém dorme Maria e acorda João. É um processo no qual a pessoa precisa ser acompanhada. Outra complicação

⁸ O Projeto de Lei nº 5002/2013 – Lei de Identidade de Gênero, proposto pelos deputados Jean Wyllys (Psol/RJ) e Erika Kokay (PT/DF).

legal é a necessidade de dois anos de terapia obrigatória. Porém é comum a chegada ao ambulatório de pessoas maduras, resolvidas, e elas têm de esperar em terapia para “conquistar” a sonhada cirurgia.

A segunda etapa para a cirurgia é a **hormonioterapia**. Essas intervenções são discutidas com os pais do adolescente e visam possibilitar ao usuário uma vivência real no gênero desejado. Muitas pessoas acham que a cirurgia é a responsável por delimitar o gênero sendo que outras mudanças corporais além de reversíveis são mais visíveis socialmente. A precisão diagnóstica é imprescindível para o sucesso da cirurgia e a satisfação do usuário, quando um diagnóstico é realizado, se observa algum fato, ou fenômeno que precisa de alguma intervenção médica ou de outra natureza. E isso não significa doença. Para evitar intercorrências, arrependimentos, procedimentos cirúrgicos desnecessários ou causadores de lesões irreversíveis, a pessoa é orientada a experimentar mudanças graduais de papel de gênero trabalhando aos poucos suas relações sociais. No caso do adolescente, é importante se relacionar na escola e aprender a lidar com questões complexas, como a divisão dos banheiros.

Obtido o diagnóstico preciso e constatada a necessidade de cirurgia, todos os procedimentos cirúrgicos, incluindo as cirurgias de adequação de caracteres secundários são realizadas (no próprio HC). Retirada do pomo de adão, alteração das cordas vocais, implantes de seios, implantes de pelos e depilação são cirurgias que alteram outras marcas de gênero impressas nos corpos. Os benefícios dessas modificações são a redução do estresse causado pelo meio social, diminuição dos riscos de morbidades associadas e possibilidade de exercer a identidade de gênero na íntegra, como a pessoa realmente se sente.

É importante enfatizar que todos os procedimentos e processos são realizados com a presença dos pais e dos especialistas no assunto. A equipe é formada por médico, psiquiatra, assistente social, ginecologista, endocrinologista, psicólogos, psicodramatistas, psicanalistas, terapeutas de família e neuropsicólogos. Existe também um espaço reservado para o acompanhamento. Nesse espaço, estão adultos aguardando cirurgias, pessoas operadas, pessoas que não fecham os critérios de transsexualidade (pessoas não binárias, as pessoas agêneras), pessoas que querem operar, pessoas com transtornos de personalidade que imbricam problemas com o gênero. Nesses casos de dúvidas, entre a confirmação da transsexualidade e os limites de personalidade (*borderlines*), as pessoas permanecem no ambulatório por mais tempo.

Se, por um lado, há grandes dificuldades para contratação de pessoal, para aquisição de material, seja pela falta de verba, seja pela vontade política, por outro lado, o interesse e a dedicação dos colaboradores são imensos. Há também equipes de voluntários cuja seleção é rigorosa para assegurar o bom atendimento. O mais relevante agora é consolidar as múltiplas perspectivas do fenômeno e firmar a importância do diagnóstico médico, ainda que sejam necessários termos mais adequados.

3. Programa Saúde na Escola – Danielle Crus

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política nacional que surgiu em 2007. O PSE é um programa forte, desenvolvido em articulação dos Ministérios da Saúde e Educação. Ele potencializa e apresenta novos caminhos para ações já consolidadas nos âmbitos da saúde e educação. Pode-se dizer que o PSE é um grande articulador, um catalisador dos serviços de saúde e educação no território nacional.

Na última adesão, em 2014, os municípios decidiram quais as escolas seriam participantes. Organizado em três componentes básico, o PSE centraliza, em cada um deles, algum aspecto relativo à saúde. O Componente 1 alinha as avaliações das condições de saúde por meio de práticas clínicas, pesagem, aplicação utópica de flúor, testes de Snellen de acuidade visual. O Componente 2 atua na promoção da saúde sexual e prevenção de doenças pela educação para saúde reprodutiva e prevenção de DST/Aids. O terceiro Componente é dedicado à formação e instrumentalização dos profissionais do PSE para atuação plena no programa.

Hoje, muitas escolas implementam o PSE de forma conservadora. Palestras e outras atividades não alcançam as reais dimensões elaboradas para as questões de saúde sexual e reprodutiva. Os municípios não propõem grandes iniciativas para a capacitação dos profissionais e não investem no potencial da integralidade do cuidado, da educação integral em tempo integral.

Ainda assim, os resultados do PSE são fantásticos. É um dos programas de maior cobertura populacional, dentro do Ministério da Saúde. No território, 86% dos municípios fazem parte do programa. São 78 mil escolas, mais da metade das escolas públicas do país, totalizando 18 milhões de alunos. O PSE tem uma potência de alcance e uma capilaridade imensa para qualquer nível de gestão: federal, estadual ou municipal. Também pode ser considerada uma pauta simpática aos interesses dos municípios e dos estados, pois há uma adesão de 100% nos municípios.

Quais os impactos do PSE? O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família, e as escolas com maioria de beneficiários (mais de 50%) desse programa tem prioridade no acesso ao PSE. O acompanhamento do MDSA indica que essas escolas têm um índice de 52% de evasão escolar por motivos de saúde (familiar, do próprio jovem ou criança, gravidez na adolescência). Na ausência de pesquisas mais aprofundadas, esses dados nos levam a pensar nas possíveis correlações e falhas do PSE.

A frente de apoio didático e técnico para o desenvolvimento das ações do programa inclui, por exemplo, as questões da alimentação saudável, a epidemia de Zika vírus dentre outras variadas ações educativas. O PSE cumpre papel vital na sistematização

de conteúdos sobre sexualidade a serem utilizados e abordados por profissionais nos municípios. No programa, a sexualidade deve ser percebida como eixo essencial na formação integral dos educandos.

De acordo com o programa, as horas adicionais da jornada letiva são completadas com atividades de artes, reforço escolar, entre outros assuntos que estão fora do currículo tradicional, mas são importantes para formação do aluno. A sexualidade também pode entrar nesse rol de atividades na medida em que promove a formação do sujeito nos níveis de saúde e educação.

É preciso levar o PSE para outros espaços. A escola deve ser o território prioritário, mas ele deve acontecer em muitos outros espaços. Existem grupos de trabalho intersetoriais formados nos governos federal, estaduais e municipais. A integralidade atribuída à educação no Programa Mais Educação (MEC) precisa se ligar à integralidade do cuidado do PSE e essa conexão ocorre por meio dessas amplas redes de governança.

Existem vários atores no coletivo técnico do Programa, oriundos de diferentes espaços incluindo organismos internacionais. Tem sido feito o reconhecimento e a identificação das potencialidades de cada ator nesse programa para fazer um mapa de inter-relações e aproveitar ao máximo o que disponibilizam esses parceiros.

Quais são as outras contribuições possíveis do PSE? A apresentação primeira do programa traz várias potencialidades desde a questão da capilaridade até a produção, da disponibilização e da sistematização de material didático, até os espaços de governança. São potencialidades que podem e devem contribuir com essa questão que perpassa a mesa. Quando a oficina lança a palavra equidade no SUS na dimensão da sexualidade, de adolescentes e jovens, a discussão é lançada para a estratosfera, o termo equidade assume uma dimensão bastante ampla. A equidade no PSE é dependente de nuances e elementos que o programa traz na sua formação e que são simultaneamente desafio, angústia, inovação e reflexão.

Um olhar filosófico é essencial para o entendimento do PSE. Como uma brincadeira com a *matrioska*⁹, é possível decompor o PSE em múltiplas dimensões. Essa “desmontagem” chega a um ponto único: a ideologia. Não existe escola sem ideologia, não existe saúde sem ideologia. O modelo hegemônico de saúde atual, centrado na figura de médicos, hospitais, medicamentos, possui forte ideologia que torna difícil escapar desses paradigmas. Esse modelo ideológico implica uma ideologia do próprio corpo. Ao longo do século XX, foram forjadas diversas ideologias do corpo tais como: o corpo trabalhador na época Getúlio Vargas, o corpo atlético e nacionalista da ditadura militar. Hoje, a ideologia do corpo

⁹ Bonecas russas que se encaixam umas dentro das outras.

no Brasil é muito pautada em princípios religiosos. Essas questões de ideologia – e todas as outras – são parte componente dos atores e políticas que o PSE envolve e desenvolve.

Antes de estabelecer os objetivos e as intencionalidades do PSE, é preciso refletir sobre intencionalidade da educação, a intencionalidade da saúde e avaliar como combiná-las. Nesse sentido, oferecer maior liberdade aos municípios para estruturação do programa a partir das necessidades locais é fundamental. Existe um campo de convergência e de entendimentos e conhecimentos mínimos, mas as perspectivas sobre o PSE são múltiplas a partir dos saberes e práticas de cada área, nesse momento se dão os êxitos e fracassos também. A saúde, por exemplo, costuma vislumbrar a educação de forma utilitarista e, por vezes, restringe-se às ações simples e a campanhas de vacinação em escolares. O PSE precisa lidar e calibrar as diferentes perspectivas, expectativas e objetivos. Essa multiplicidade se dá em torno de um eixo transversal: os direitos constitucionais de acesso à saúde e à educação. A educação associada à saúde é libertadora, promissora e instrumentalizadora. O PSE propõe-se a articular conhecimentos que aprimorem a potencialidade de vida dos sujeitos: informações sobre proteção, processos de saúde e de adoecimento, entre outros.

A ampliação e o aprimoramento desse acesso serão responsáveis pela inserção do PSE em uma rede de proteção social. É importantíssimo refletir ainda sobre o fortalecimento das iniciativas de formação dos profissionais envolvidos no PSE. Para que o programa seja efetivo, esses profissionais necessitam de conhecimentos que os deixem seguros. Outro ponto importante são as campanhas. O PSE necessita de estudos que identifiquem sua efetividade e suas lacunas para subsidiar decisões políticas, além de estratégias para acolher demandas diárias que afetam os objetivos do programa. A percepção minuciosa das demandas é fundamental nesse processo. Por fim, ainda é preciso pensar sobre o fomento e o apoio do protagonismo juvenil por meio de desenvolvimento e oferecimento de metodologias ativas. Na saúde e na educação, esse protagonismo é bastante enfatizado, mas existem limites na operacionalização.

4. Viva: o sistema de vigilância de violências e acidente – Renata Sakai

O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e da difusão de informações epidemiológicas, para definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção para as pessoas em situação de violência. Nesse sentido, busca-se identificar e monitorar os casos de violência notificados. São caracterizados e monitorados os perfis da violência, os fatores de risco e proteção e as áreas de maior vulnerabilidade. A partir desses diagnósticos, o Viva realiza encaminhamentos para as redes de atenção e proteção e os

quais são monitorados. Essas ações permitem aprimorar a implementação de políticas públicas de enfrentamento às violências e promoção da paz.

Violência é um problema de saúde não somente porque as vítimas recorrem ao sistema de saúde, mas é algo mais amplo que isso. A definição adotada é da OMS (2002), que delimita violência como o uso da força física ou do poder real em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

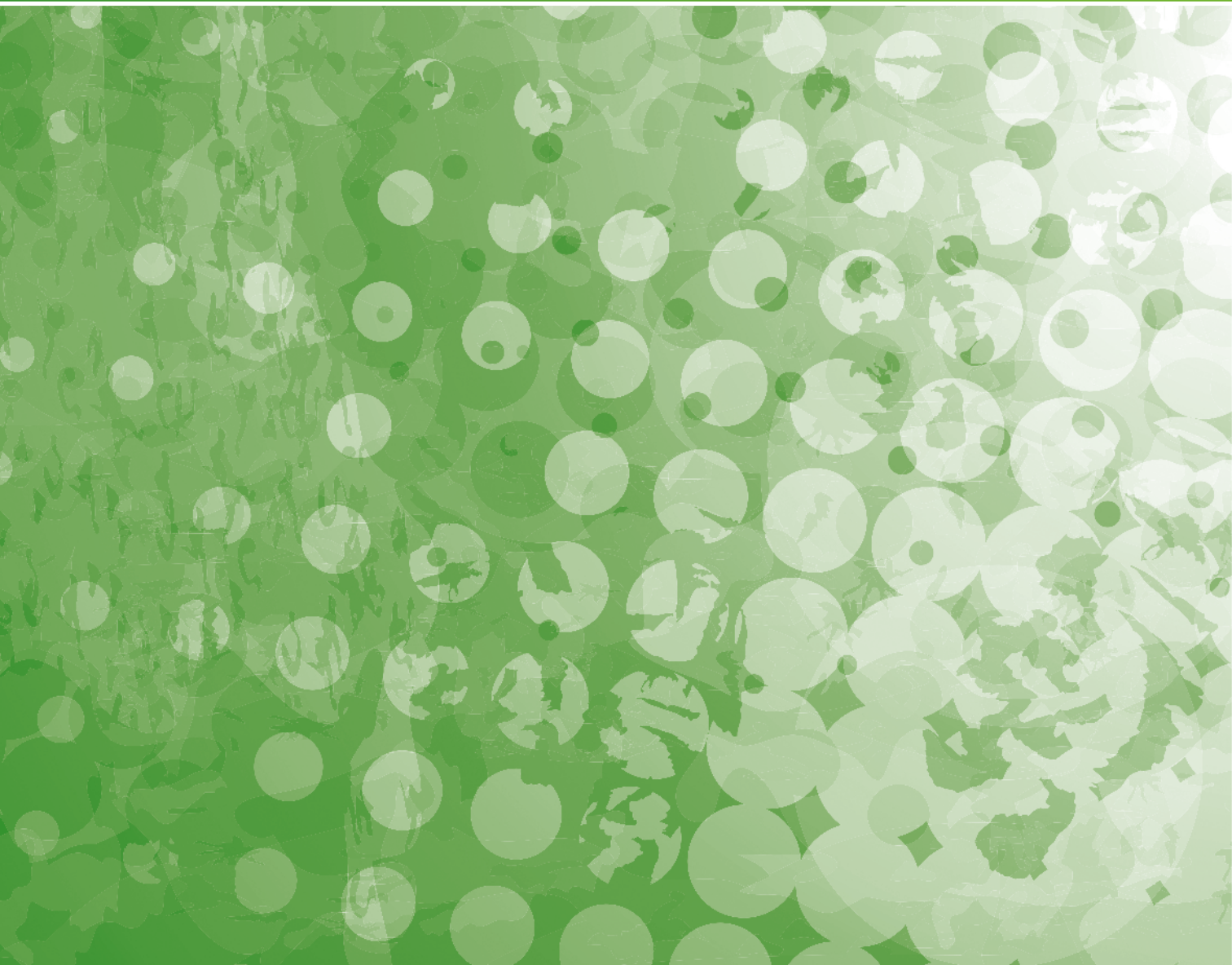
Por meio do conhecimento e do diagnóstico dos cenários de violência, torna-se possível agir em seu combate. As notificações podem ser compulsórias ou não e acontecer em várias instâncias. Nos casos de suspeita ou confirmação de violência de crianças, adolescentes e idosos, o setor da saúde, o Ministério Público, o conselho tutelar e/ou o conselho da pessoa idosa são notificados. A Lei nº 10.778, de 2003, torna compulsória a notificação de violência contra a mulher atendida em serviço de saúde, público ou privado. A Portaria do MS nº 1.271, de 6 junho de 2014, obriga a notificação imediata de violência sexual e tentativas de suicídio para que sejam tomadas medidas de prevenção. Nos casos de violência sexual, a rede oferece a profilaxia de DST/Aids, hepatite viral e contracepção de emergência. Nas tentativas de suicídio, o encaminhamento para a rede tenta evitar novas tentativas.

Essas informações são captadas em diferentes sistemas. O Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) é o mesmo utilizado para informações sobre HIV, hepatite e outras doenças dessas dimensões. Também, no SINAN, estão presentes as informações sobre notificações de violência. O SIM é o Sistema de Informação sobre a Mortalidade e inclui casos de violência que resultaram em óbito. O Sinasc é o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e reúne informações epidemiológicas sobre nascimentos no território nacional. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é uma boa fonte de dados, pois reúne diversas informações da competência dos serviços de saúde.

Dentro do Viva, são casos de notificação os seguintes tipos de violência (em todos os ciclos da vida): doméstica – que preferimos definir como violência intrafamiliar; violência sexual – para homens e mulheres; autoprovocada – tentativas de suicídio ou automutilação; tráfico de pessoas; trabalho escravo; trabalho infantil; intervenção legal – violência causada por pessoas nos usos de suas atribuições profissionais em cargos, como policiais, forças armadas; tortura; violência homo, lesbo e transfóbica; violência comunitária ou extrafamiliar. São unidades notificadoras de violência: unidades de saúde, de assistência social (CRAS, CREA), estabelecimentos de ensino, conselhos tutelares, unidades de saúde indígena, centros especializados de atendimento à mulher, centros de referência da mulher e outros.

Atualmente, a violência é de notificação compulsória no campo da saúde, mas batalhamos para que essa abrangência seja ampliada para a assistência social e a educação. Na esfera federal, estão chegando os debates sobre notificações intersetoriais, mas, em nível municipal, já existem arranjos locais com a assistência social e a educação. Essas notificações são importantes na medida em que possibilitam aos profissionais o acesso às redes de proteção. Existem diversos serviços, em diversas áreas, que podem atender a uma determinada pessoa. A solução de situações de violência não se esgota na saúde. A vigilância nos possibilita o mapeamento das situações e as possíveis intervenções no setor de saúde e nos demais componentes da rede, como a assistência social, a educação, o sistema de justiça, o Ministério Público e a Defensoria.







PARTE 3

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE EQUIDADE NO SUS



5. Metodologia das discussões

Estruturada em dez momentos, a oficina teve, no primeiro deles, um café da manhã com intuito de receber os participantes em sua chegada de maneira acolhedora e proporcionar o estabelecimento de afinidades para os dois dias de trabalho em conjunto. Para a apresentação das experiências na elaboração e gestão das políticas de saúde, no acesso aos serviços, na produção de evidências e estudos ou mesmo na oferta de serviços especializados, foram organizadas quatro mesas. Em cada uma delas, tivemos um adolescente convidado para mediar as apresentações e os debates decorrentes. Por fim, houve dois momentos de grupos de trabalho por meio dos quais as experiências diversas puderam convergir para o mapeamento de desafios e a proposição de estratégias para garantir a equidade aos adolescentes no SUS.

a. METODOLOGIA

Mesas. Cada mesa contou com a participação de três pessoas cujo tempo médio foi de 20 minutos de exposição. O mediador dispunha ainda de cerca de 10 minutos para problematizar e/ou provocar questões para o debate com o conjunto dos participantes da oficina. Em seguida, por cerca de uma hora, os participantes puderam colocar reflexões e questionamentos para os integrantes da mesa, que responderam e fizeram considerações gerais.

Grupo de trabalho. Divididos em dois grupos, os participantes da oficina tiveram, no primeiro dia, a oportunidade de identificar os principais desafios para a oferta de serviços que promovam uma atenção integral à saúde de adolescentes LGBT. A partir de duas perguntas norteadoras, fizeram uso de tarjetas para sistematizar os desafios compondo ao final um painel que, posteriormente, foi organizado em eixos temáticos. Os grupos tiveram cerca de uma hora para expor suas proposições e sistematizar as tarjetas.

No segundo dia, com o objetivo de definir estratégias a partir dos desafios anteriormente identificados, os grupos reuniram-se para trabalhar juntos a partir do painel de desafios identificados pelo grupo diferente do seu. Ou seja, o grupo A definiu estratégias a partir dos desafios do grupo B e vice-versa.

	1º DIA	2º DIA
Grupo A	Painel 1	Painel 2
Grupo B	Painel 2	Painel 1

A escolha por esse método se deu pela potencialização dos debates que oferece, na medida em que o ponto de partida para o grupo condensa o acúmulo de debates e proposições efetuadas anteriormente por outro grupo. Nesse sentido, temas ainda não pensados podem ser agregados e outros que foram apresentados de maneira incipiente podem ser melhor qualificados.

Perguntas norteadoras também foram empregadas no sentido de estimular e orientar as discussões, focando nas estratégias consideradas mais pertinentes e viáveis ao aprimoramento da atenção básica em saúde e sexualidade de adolescentes.

b. DESAFIOS

Os desafios foram livremente levantados pelos participantes da oficina, sem que houvesse a definição daqueles prioritários. Ao final, foram identificados 16 desafios num grupo e 23 no outro. Após sistematização e substituição daqueles repetidos, chegou-se a um total de 31 desafios. Esses foram organizados em seis eixos temáticos para facilitar a visualização e a proposição das estratégias posteriormente. A **Legislação**, por fim, tratou de problematizar o acesso ao tratamento hormonal, bem como da cirurgia em caso de pessoas transexuais.

De modo geral, pode-se dizer que aqueles desafios associados aos **Sujeitos de direitos** dizem predominantemente sobre a esfera do reconhecimento político, das subjetividades, das singularidades e das identidades dos adolescentes. Muito embora existam marcos legais claros que sustentam e informam a política de saúde, há nuances relativas às formas de preconceito e discriminação que oferecem barreiras substantivas, no âmbito das relações interpessoais, para o acesso de adolescentes aos serviços de saúde.

Os desafios apontados no âmbito da **Formação** referem-se fundamentalmente à necessidade de capacitação para adequação de abordagens, linguagens e estratégias específicas. Também foi destacada a relevância de mecanismos de informação que favoreçam a formação dos profissionais de saúde, enquanto agentes públicos, de comportamentos, do emprego de juízo de valor que configuram formas de preconceito e discriminação dos adolescentes em função de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

As **especificidades** apresentaram-se pelas ausências de serviços específicos ou mesmo adequados ao atendimento de adolescentes. Materiais de comunicação e disseminação da informação, padronização de protocolos, serviços e equipes inteiramente repensados ou mesmo na intersectorialidade dos serviços estiveram expressos nos desafios de atendimento integral de adolescentes.

No contexto de hiperespecialização das formações profissionais no eixo **Especialidades**, há duas maneiras de situá-la. Por um lado, na demanda por ampliação do número de

hebiatras como um desafio importante aos serviços de saúde para adolescentes. Por outro lado, a crítica aos excessos desse modelo proporciona fragmentação do cuidado e possível entrave ao alcance da desejada integralidade.

O **Vínculo** também se expressou em desafios com sentidos distintos. Para alguns, as estratégias de vinculação aos serviços são de fundamental importância para o êxito do cuidado, bem como para o monitoramento dos casos. Para outros, a priorização dos vínculos pode gerar amarras que limitam o tipo de atendimento e o cuidado ofertado.





DESAFIOS



1 Formação

- 1.1 Lacunas na formação dos profissionais
- 1.2 Efetividade na educação permanente
- 1.3 Dificuldade de trabalhar com adolescentes
- 1.4 Falta de profissionais capazes de se comunicar com adolescentes
- 1.5 Profissional humanizado
- 1.6 Bagagem moral dos profissionais
- 1.7 Visões morais de gênero e sexualidade
- 1.8 Respeito à diversidade
- 1.9 Desmoralização da sexualidade
- 1.10 LGBTfobia institucionalizada



2 Especialidades

- 2.1 Falta hebiatra
- 2.2 Medicina superespecializada
- 2.3 Ir além dos protocolos



3 Especificidades

- 3.1 Falta de material específico
- 3.2 Padronização do atendimento sem respeitar a individualidade
- 3.3 Falta de serviços amigáveis
- 3.4 Falta de serviços sensíveis aos adolescentes LGBT
- 3.5 Faltam grupos que abordem sexualidade nos territórios
- 3.6 Falta articulação da rede na atenção básica



4 Legislação

- 4.1 Tratamento hormonal



5 Sujeitos de direitos

- 5.1 Não considerar adolescente como alguém que necessita de serviços de saúde
- 5.2 Não reconhecer o adolescente como sujeito de direitos
- 5.3 Garantir autonomia dos adolescentes
- 5.4 Sonegação de direitos
- 5.5 Invisibilidade das identidades
- 5.6 Empoderamento dos LGBT para conquista de direitos
- 5.7 Falta de representatividade acadêmica LGBT
- 5.8 A política de saúde não é pensada para sujeitos
- 5.9 Garantia da equidade
- 5.10 Estigmas que são predeterminantes
- 5.11 Respeito à laicidade do Estado



6 Vínculo

- 6.1 Acesso na atenção básica
- 6.2 (Não) priorizar vínculos
- 6.3 Ausência de espaço para criar vínculos

c. ESTRATÉGIAS

Muito embora tenha havido um esforço dos participantes da oficina em estabelecer estratégias correspondentes a cada um dos desafios levantados, em muitos casos, uma única estratégia era capaz de responder a mais de um desafio, porém determinados desafios demandam mais do que uma estratégia para serem vencidos. Por essa razão, a sistematização de desafios e de estratégias foi feita com respeito às reflexões de cada objeto e organizadas separadamente.

Para as estratégias, foram definidos cinco eixos temáticos e, em cada um deles, foram agrupadas as estratégias por afinidades. A **autonomia dos adolescentes** passa em grande medida pela implementação de diretrizes de marcos internacionais, legislação federal e normativas específicas. As estratégias aqui propostas focalizam mecanismos que favoreçam o desenvolvimento da autonomia – lembrando que a autonomia é composta por duas dimensões fundamentais, o acesso e o controle dos recursos, sejam eles materiais ou sociais. Nesse sentido, é preciso ampliar os horizontes da saúde pública para além do atendimento, principalmente nos instrumentos de apoio e de empoderamento para um desenvolvimento livre e seguro dos adolescentes e sua sexualidade.

Informação e comunicação embora sejam temas distintos, eles estão relacionados no modo como a política de saúde pode se fazer presente e qualificada no dia a dia dos profissionais que atuam na atenção básica. O conjunto de estratégias elencadas nesse eixo referem-se à produção e à disseminação evidências bem como na articulação para implementação adequadas dos novos saberes na atenção básica e na sua rede de parceiros.

As ações associadas às equipes de atendimento que compõem o eixo **qualificação dos profissionais** perpassam várias estratégias desde formação, capacitação até metodologias específicas que favoreçam o intercâmbio de conhecimento e a troca de saberes entre profissionais e deles com adolescentes. Está incluída também a realização de campanhas no sentido de sensibilizar e mobilizar os profissionais em torno da agenda de cuidado de adolescentes e sua sexualidade.

Para o quesito **Vínculo**, foram propostas duas estratégias a corresponsabilização dos serviços por meio de forte articulação intersetorial nos estados e municípios, bem como o fortalecimento de ações de promoção da saúde.

Por fim, no que se refere à **Legislação**, uma única estratégia foi sugerida, a revisão de protocolos no sentido de refletir e adequar aos novos desafios que os serviços têm enfrentado no atendimento de adolescentes transexuais cujo sofrimento mental pode ser demasiado.



ESTRATÉGIAS



1 Autonomia dos Adolescentes

- 1.1 Usar conselhos locais como espaço de diálogo e informação com participação dos adolescentes
- 1.2 Empoderamento dos jovens e dos movimentos sociais por meio de oficinas, cursos, materiais impressos e digitais
- 1.3 Promover ações de empoderamento por busca de autonomia



2 Informação e Comunicação

- 2.1 Materiais de formação
- 2.2 Divulgação de experiências
- 2.3 Núcleo de matriciamento sobre saúde de adolescentes LGBT
- 2.4 Laboratório de inovações
- 2.5 GT de gestores, profissionais e sociedade civil
- 2.6 Mapear recursos comunitários que possam servir de apoio ao fortalecimento de uma rede de promoção da saúde integral do adolescente
- 2.7 Mapear, nos territórios, fóruns intersetoriais que lidem com questões de gênero e contribuam na articulação dos serviços



3 Legislação

- 3.1 Revisão dos marcos legais que facilitam os serviços habilitados na oferta do processo transexualizador a terem maior autonomia sobre os casos



4 Vínculo

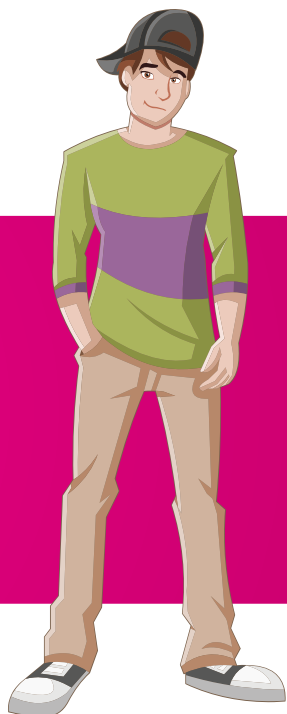
- 4.1 Corresponsabilização dos serviços por meio de articulação
- 4.2 Ações de promoção da saúde nos serviços



5 Qualificação dos Profissionais

- 5.1 Capacitar para atender a adolescentes
- 5.2 Construir espaços de debate sobre a adolescência
- 5.3 Garantir o tema da saúde integral de LGBT na Educação permanente
- 5.4 Capacitar profissionais para referenciar às redes de proteção
- 5.5 Oficinas, seminários para profissionais de saúde e outras áreas
- 5.6 Educação entre pares
- 5.7 Promover ações educativas que sensibilizem e instrumentalizem os profissionais para trabalhar com adolescentes
- 5.8 Campanhas de sensibilização
- 5.9 Sensibilizar estudantes para formação em hebiatria
- 5.10 Operacionalizar protocolos nos espaços de sociabilidade dos adolescentes, promovendo sua autonomia
- 5.11 Garantir integralidade do cuidado





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos últimos anos, foram realizadas inúmeras escutas qualificadas para definição de diretrizes, protocolos e ações programáticas. Programas de amplo alcance foram implementados, obtendo resultados bastante positivos. A compreensão sobre os modos de atendimento frente às singularidades dos sujeitos também mudou e um conjunto de arranjos institucionais e práticas foram repensadas com vista ao aprimoramento do atendimento. Contudo as experiências de adolescentes, pesquisadores e profissionais de serviços evidenciaram que o conjunto de ações executadas representa ainda um passo pequeno diante do tamanho da demanda por serviços que atendam com atenção à singularidade que adolescentes necessitam.

A oficina proporcionou, portanto, uma fotografia da atual situação de acesso, de abordagens e de entendimentos da oferta de serviços básicos de saúde para adolescentes. A partir dessa fotografia, é preciso vislumbrar o um roteiro para que a saúde integral dos adolescentes seja efetivamente alcançada, considerando todas as singularidades afetas a esse grupo de população.

Para tanto, é necessário manter abertos os canais de diálogos com diferentes atores, sejam técnicos e gestores do Ministério da Saúde, profissionais dos serviços (especializados ou não), especialistas e com adolescentes.

Se o diálogo, por um lado, oferece informação qualificada à gestão dos serviços nos estados e municípios, por outro, oferece maior clareza ao monitoramento não apenas dos serviços ofertados, mas também das limitações e dos avanços que os gestores locais enfrentam.

É preciso, ainda, ampliar mecanismos de identificação e sistematização das ações inovadoras que as universidades estão desenvolvendo em seus projetos, sejam eles de extensão ou de pesquisa, voltados à população adolescente.

É fundamental desenvolver estratégias para uma ampla implementação das diretrizes e normativas existentes, bem como elaboração de normas técnicas, diretrizes ou protocolos atualizados, que possibilitem o melhoramento do atendimento da atenção básica para adolescentes LGBT.

Por fim, será preciso seguir investindo nos espaços de formação continuada para que os documentos de referência reverberem, de maneira ampla e qualificada, na práxis dos profissionais de saúde.

As experiências partilhadas neste documento revelam o longo processo de reflexão, no âmbito do SUS, sobre as barreiras ao acesso integral com equidade dos adolescentes aos serviços de saúde, em especial no que se refere à sua saúde sexual. A maturidade com que o tema vem sendo tratado e o acúmulo de conhecimento proveniente de diferentes grupos de pesquisa seguem sendo, sem dúvida, o melhor caminho para alcançar uma saúde pública de qualidade com atenção às especificidades da população adolescente.

Anexo – Programação da Oficina

“Construindo a Equidade no SUS: Sexualidade na Adolescência e Juventude”. Oficina I
6 e 7 de julho de 2016 – Sede da OPAS/OMS, Brasília

1º DIA

8h	Café de Boas-Vindas
8h30	Abertura Haydee Padilla, Michele Lessa e Maurício Viana
9h-10h	Panorama da saúde integral de sexualidade na adolescência Haydee Padilla, Thereza de Lamare, Marina e Diego Calistre
10h-12h	Adolescência: o direito de viver e expressar sua identidade Luana Souza, Reginaldo Queiroz, Alice Duarte e Anderson Freitas (mediador)
12h	Almoço
14h-16h	Olhares sobre Gênero e sexualidade na Adolescência Stela Taquette, Tatiana Lionço, Adriano Costa e Charles Pinheiro (mediador)
16h-17h30	Grupos de trabalho: Desafios para a Atenção Integral de Adolescentes
17h30	Encerramento do dia

2º DIA

09h-11h	Promovendo Atenção Integral a Adolescentes Luiz Fernando, Saulo Ciasca, Danielle Cruz, Renata e Indira Castro (mediadora)
11h-12h30	Grupos de trabalho: Estratégias para a Atenção Integral de Adolescentes
12h30	Almoço
14h-16h	Apresentação dos grupos e encaminhamento
16h-17h	Avaliação e encerramento
17h	Lanche



QUEM É QUEM?

Nesta seção, cada um dos convidados apresenta suas experiências na gestão, no atendimento, na produção de evidências e como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Adriano Henrique Caetano Costa, UFRGS – graduado em Filosofia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Sociologia pela mesma universidade. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Gênero (Sage) do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Área de interesse nas questões ligadas às políticas públicas, saúde, HIV/Aids, gênero e sexualidade.

Alice Duarte – 19 anos de idade, estudante universitária no bacharelado interdisciplinar em Artes com enfoque em Saúde, pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Cofundadora do “Coletivo Flor de *Lotus*”, composta por jovens LGBT atuantes pela inclusão das diversidades sexuais e de gênero no âmbito das políticas educacionais, sociais e de saúde.

Anderson Gerônimo – estudante de Direito pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e ativista, membro do Movimento de Bissexuais da Paraíba, membro do movimento LGBT/PB, servidor da Fundação Nacional de Saúde.

Charles Velloso – estudante de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); militante LGBT do Coletivo Transtornar e filiado ao Ibrat-SP.

Danielle Cruz – graduada em Educação Física, especialista e mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), especialista em Avaliação de Políticas de Saúde com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças não transmissíveis. Servidora pública do Ministério da Saúde (MS).

Diego Callisto – jovem, soropositivo, trabalha como assessor técnico para assuntos de juventudes no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. É bacharel em Relações Internacionais pela PUC-SP e especialista em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia – *Campus Berkeley* e especialista em Epidemiologia e Bioestatística pela Universidade da Califórnia – *Campus San Francisco*.

Haydee Padilla – coordenadora da Unidade Técnica Família, Gênero e Curso de Vida da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Doutora em Ciências do Desenvolvimento pela Universidade Mayor de San Andrés e mestre em Saúde Pública pela Universidade de El Salvador. Tem atuado principalmente nas áreas de Saúde Sexual e Reprodutiva, Gênero e Políticas Públicas.

Indiara Castro – estudante secundarista, ativista LGBT e presidente LGBT da União dos Estudantes Secundaristas do Distrito Federal.

Luana Stefany Peixoto de Souza – 19 anos, participa da Rede Jovens RIO + (Rede de Acolhimento de Jovens e Empoderamento de Jovens Soropositivos), da Força Tarefa Jovem, da Rede Mundial de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids (RMPVCHA) e da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA).

Luiz Fernando Marques – médico especialista em Saúde Pública, Sexualidades, Substâncias Psicotivas e Adolescências. Ligado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), com passagens pelo MS e por universidades brasileiras, realização de consultorias em países africanos e em agências e órgãos da Organização das Nações Unidas (ONU) no campo da prevenção à violências de gênero e de orientação sexual, às DST/Aids e elaboração e acompanhamento de projetos para grupos específicos.

Marina Marinho – analista técnica de Políticas Sociais do MS desde julho de 2013. Possui pós-graduação em Gestão Pública em gênero e raça pela Universidade de Brasília (UnB).

Reginaldo Queiroz – tem 19 anos, é de Macapá, estado do Amapá. É ativista desde os 14 anos de idade, foi presidente do grêmio da escola do fundamental e logo começou a participar do movimento estudantil. Em seguida, conheceu o movimento LGBT, um segmento que sofre muito preconceito dentro das instituições, principalmente escolar.

Há dois anos, está no cargo de secretário de Cultura da Federação Amapaense de LGBT. Em 2015, contribuiu para a criação da Rede da Juventude LGBT.

Renata Sakai de Barros Correia – bacharel e licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Analista Técnica de Políticas Sociais, atuando na Coordenação-Geral de Vigilância de Violências e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS.

Saulo Vito Ciasca – médico psiquiatra e psicodramatista. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Atua como médico psiquiatra no Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (Amtigos) do Instituto de Psiquiatria (IPQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e é médico titular do corpo clínico do Hospital Israelita Albert Einstein.

Stela Taquette – possui pós-doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, doutorado e mestrado em Medicina (Saúde da Criança e do Adolescente) pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente, é professora associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Procientista. Possui experiência nos temas adolescência, sexualidade, DST/Aids, gênero, violência, bioética e metodologias qualitativas de pesquisa.

Tatiana Lionço – graduada em Psicologia, mestrado em Psicologia Clínica e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Atualmente, é pesquisadora e docente no Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da UnB. É conselheira regional de Psicologia no CRP-01.

Thereza De Lamare – bacharel em Comunicação Social pela Universidade Católica de Minas Gerais (UCMG), mestre em Políticas Sociais pela Universidade de Brasília (UnB). Atualmente, é diretora interina do Departamento de Ações Programáticas, Estratégicas e Coordenadora-geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

