

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**LINCOLN MOREIRA DE JESUS MENEZES**

**DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS À SÍFILIS:  
UMA ANÁLISE SOBRE A REALIDADE DE ADOLESCENTES E  
JOVENS EM FRANCO DA ROCHA**

**SÃO PAULO**

**2022**

LINCOLN MOREIRA DE JESUS MENEZES

**DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS À SÍFILIS:  
UMA ANÁLISE SOBRE A REALIDADE DE ADOLESCENTES E  
JOVENS EM FRANCO DA ROCHA**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo como requisito para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientador(a): Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

**SÃO PAULO**

**2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Menezes, Lincoln Moreira de Jesus

Das infecções sexualmente transmissíveis à sífilis: uma análise sobre a realidade de adolescentes e jovens em Franco da Rocha / Lincoln Moreira de Jesus Menezes — São Paulo, 2022.

104 f.

Orientador (a): Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

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

1. Infecções sexualmente transmissíveis. 2. Sífilis. 3. Saúde sexual e reprodutiva. 4. Saúde do adolescente. 5. Jovens adultos. I. Figueiredo, Regina Maria Mac Dowell

CDD: 616.951

*Dedico este trabalho aos jovens e adolescentes brasileiros que me despertam a necessidade da busca pelo novo a cada ciclo que se fecha e me incentivam a experimentar cada sabor da vida. Dedico também àqueles que me ajudaram em cada etapa: professores, orientadores, familiares e amigos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos profissionais e agentes de saúde entrevistados durante a pesquisa que tornaram possível este trabalho;

À Regina Maria Mac Dowell Figueiredo, por me orientar, ensinar e dar a autonomia necessária para a minha construção enquanto pesquisador da saúde;

À Marina Pagani, que compartilhou comigo frustrações e alegrias, uma vez que partilhamos do mesmo processo de desenvolvimento deste trabalho e de trajetória neste curso;

À Maiara Pereira, que ofereceu força, apoio, humor e leveza na jornada dessa especialização;

À Guilherme Watanabe, pela escuta, paciência, mediações (ancestrais) e amor necessários para o incentivo à finalização desta pesquisa;

Aos meus pais e avós, que me permitiram ser o primeiro da família a estar em uma pós-graduação, sendo homem negro e LGBTI - agora cientista social e sanitaria.

Axé!

*“Nossa vingança será envelhecer”*

*(Keila Simpson)*

Menezes, Lincoln Moreira de Jesus. Das infecções sexualmente transmissíveis à sífilis: uma análise sobre a realidade de adolescentes e jovens em Franco da Rocha. [Monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

## RESUMO

**Introdução:** Protagonistas também dos direitos sexuais e reprodutivos, adolescentes e jovens integram grande parte dos índices de IST e outras vulnerabilidades de saúde e sexuais, como a gravidez precoce. **Objetivo:** O estudo buscou descrever a situação de saúde sexual com relação às IST e, em especial da sífilis, da população de 12 até 24 anos (adolescentes e jovens) do município de Franco da Rocha, com foco nos comportamentos de risco e a análise de perfis de gênero e sexualidade dos infectados, considerando o impacto da covid-19 nesses. **Métodos:** Através de parceria estabelecida entre a Secretaria de Saúde do Município de Franco da Rocha e o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desenvolveu-se uma pesquisa utilizando-se de metodologia conjunta de levantamento de indicadores de saúde junto à Secretaria de Saúde do Município de Franco da Rocha com relação às IST; e levantamento qualitativo de informações com informantes-chave da gestão e assistência à saúde deste município. **Resultados:** Os resultados detectaram alta incidência de IST na população do município. A sífilis se mostrou mais alta entre mulheres jovens entre 15 e 30 anos, detectadas com a doença na gestação; entre os HSH na faixa etária de 18 a 25 anos e adultos de 30; e entre homens heterossexuais, que representam o público de mais difícil adesão ao tratamento devido à baixa testagem em rotinas médicas e de saúde, falta de autopercepção de risco, pouca frequência nos serviços e não priorização do tratamento. **Conclusões:** A sífilis tem alta incidência entre a população jovem que não adere ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, principalmente em caso de parceria fixa, além disso, muitas vezes o público HSH (*gay* e *travesti*) não se protege, uma vez que perdeu o receio do diagnóstico positivo para o HIV, tornando-os assíduos usuários de PEP e colocando-os em emergente risco para outras IST, como a sífilis. Dos principais impactos da covid-19, pode-se ressaltar a queda abrupta de testes rápidos, embora apareça uma nova demanda jovem por preservativo e lubrificante, que tomou conhecimento do serviço especializado (CTA/COAS) devido à vacinação contra a covid-19.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis; Sífilis; Saúde sexual e reprodutiva; Saúde do adolescente; Jovens adultos.

Menezes, Lincoln Moreira de Jesus. From sexually transmitted infections to syphilis: an analysis about the reality of adolescents and young people in Franco da Rocha. [Monograph]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** Protagonists of sexual and reproductive rights, adolescents and young people are also part of the STI rates and other health and sexual vulnerabilities, such as early pregnancy. **Objective:** The study aimed to describe the sexual health situation regarding STIs, especially syphilis, of the population aged 12 to 24 years (adolescents and youth) in the municipality of Franco da Rocha, focusing on risk behaviors and the analysis of gender and sexuality profiles of those infected, considering the impact of covid-19 on them. **Methods:** Through a partnership established between the Health Department of the Municipality of Franco da Rocha and the Health Institute of the São Paulo State Health Department, a research was developed using a joint methodology of surveying health indicators with the Health Department of the Municipality of Franco da Rocha regarding STIs; and qualitative survey of information with key informants in the management and health care of this municipality. **Results:** The results detected a high incidence of STIs in the municipality's population. Syphilis was higher among young women aged 15 to 30 years, detected with the disease during pregnancy; among MSM aged 18 to 25 years and adults 30 years; and among heterosexual men, who represent the public with the most difficult treatment adherence due to low testing in medical and health routines, lack of self-perception of risk, low frequency in services and nonprioritization of treatment. **Conclusions:** Syphilis has high incidence among young people who do not adhere to condom use in all sexual intercourse, especially in case of fixed partnership, in addition, often the MSM public (gay and transvestite) does not protect themselves, since they lost the fear of positive diagnosis for HIV, making them assiduous users of PEP and putting them at emerging risk for other STIs such as syphilis. Of the main impacts of covid-19, one can highlight the abrupt drop in rapid tests, although a new young demand for condoms and lubricant appears, which became aware of the specialized service (CTA/COAS) due to the vaccination against covid-19.

Keywords: Sexually transmitted diseases; Syphilis; Sexual and reproductive health; Adolescent health; Young adult.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.....**25**
- Figura 2** - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo Unidade da Federação e capitais. Brasil, 2020.....**25**
- Figura 3** - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2020.....**26**
- Figura 4** - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo Unidade da Federação. Brasil, 2020.....**27**
- Figura 5** - Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.....**28**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil dos entrevistados.....	<b>37</b>
<b>Tabela 2</b> - Casos de HIV/aids no município de Franco da Rocha.....	<b>39</b>
<b>Tabela 3</b> - Busca de PEP no COAS no município de Franco da Rocha.....	<b>40</b>
<b>Tabela 4</b> - Casos de Hepatite B em 2019 e 2020.....	<b>42</b>
<b>Tabela 5</b> - Pessoas que Buscaram a PEP no COAS e que foram submetidas a testagem de sífilis.....	<b>48</b>
<b>Tabela 6</b> - Testes rápidos coletados em 2019 e 2020 apenas no COAS (HIV, sífilis e hepatites B e C).....	<b>49</b>
<b>Tabela 7</b> - Casos de sífilis no COAS.....	<b>52</b>
<b>Tabela 8</b> - Casos de Sífilis (Total do Município).....	<b>53</b>
<b>Tabela 9</b> - Casos de Sífilis em Gestantes e em Gestantes HIV em 2019 e 2020.....	<b>54</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CECO	Centro de Convivência
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPIS	Comitê de Ética do Instituto de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico AIDS/HIV/Hepatites
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CTA/SAE	Centro de Testagem e Acolhimento e Serviço de Atendimento Especializado
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU	Dispositivo intrauterino
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GAEP	Guarda Municipal do Município
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSH	homem que faz sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI	Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis e Intersexos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAP	Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas da População Brasileira
PEP	Profilaxia Pós-exposição ao HIV
PIB	Produto Interno Bruto
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PREP	Profilaxia Pré-exposição ao HIV
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO/IML	Serviço de Orientação de Óbitos /Instituto Médico Legal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1a – Os Direitos Sexuais e Reprodutivos.....</b>	<b>13</b>
<b>1b – A Sexualidade de Adolescentes e Jovens.....</b>	<b>16</b>
<b>1c – Panorama das IST no Brasil e estado de São Paulo.....</b>	<b>22</b>
<b>1d – A Especificidade da Sífilis.....</b>	<b>23</b>
<b>2. LOCAL DO ESTUDO E A REALIDADE DE IST ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA – SP.....</b>	<b>23</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Objetivos Específicos.....</b>	<b>34</b>
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>35</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>I – Perfil dos entrevistados.....</b>	<b>37</b>
<b>II – Panorama geral: IST no Município de Franco da Rocha.....</b>	<b>38</b>
<b>III – A realidade da sífilis no Município de Franco da Rocha.....</b>	<b>46</b>
<b>IV - Especificidades e Vulnerabilidades de Adolescentes e Jovens às IST.....</b>	<b>55</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1a - Os Direitos Sexuais e Reprodutivos

No Brasil, as questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva são cada vez mais pujantes no contexto contemporâneo, não apenas por denunciarem as diversas necessidades de saúde da população em geral – deflagradas por meio de estatísticas e de análises dos determinantes sociais do processo saúde-doença, voltadas, principalmente, à sexualidade (COSTA. *et al.*, 2019; BRASIL, 2013a), mas também por trazerem à tona uma demanda de políticas públicas que podem contribuir para a emancipação dos sujeitos como, por exemplo, adolescentes e jovens.

A população adolescente e jovem de 10 a 24 anos de idade, do país, é significativa, representando, no censo de 2010, um total de 51.402.821 pessoas (36,89% da população brasileira), ainda que tenha havido uma desaceleração no ritmo de crescimento deste grupo (IBGE, 2010; BRASIL, 2018). Essa faixa populacional exige novos modos de produzir saúde, uma vez que seu ciclo de vida “saudável” evidencia que os agravos em saúde são decorrentes, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em dadas conjecturas, produzem vulnerabilidades.

Essas vulnerabilidades, que são frutos do contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação, determinam quais direitos e oportunidades adolescentes e jovens brasileiros terão acesso. Nesse cenário, a saúde deste público é cada vez mais prioritária na atenção das políticas públicas do Brasil, uma vez que seus problemas de saúde podem ser prevenidos, como a gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis (IST), aumento do consumo de álcool e outras drogas, causas externas como acidentes automobilísticos, homicídios e suicídios, entre outras (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, sendo os membros dessas etapas, um grupo populacional e etário que precisa ter assegurado seus Direitos Humanos. Essa garantia, por sua vez, só se consolida através de uma série de lutas históricas e civis e marcos referenciais (BRASIL, 2013a) que trarão, para os diversos setores da sociedade e mesmo do Estado, a discussão sobre o que são, para quem e quais são os Direitos Humanos.

É a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), que o mundo passa a refletir e debater de forma crítica sobre as situações ocorridas durante e no pós-II Guerra Mundial, firmando uma série de convenções internacionais por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), em que se estabelecem estatutos comuns de cooperação e mecanismos de controle que se voltam à garantia, em seus 193 países membros (BRASIL, 2013a), de direitos básicos para a dignidade humana, tais quais são os chamados direitos humanos, inscritos no conjunto dos direitos sociais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018).

Entre os anos de 1990 e 2010, a legislação e as políticas, tanto nacionais quanto internacionais passaram por grandes avanços no que tange a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos, entendendo-os como universais, indivisíveis e interdependentes (PATRIOTA, 1994). Nesse sentido, os direitos sexuais e reprodutivos passam também a ser compreendidos como direitos fundamentais, pressupondo que não são determinados pelos aspectos sociais e culturais de uma dada sociedade e são inerentes à condição de pessoa (COSTA, *et al.*, 2019); portanto, se estendendo a todas as pessoas, independente de idade, raça, cor, gênero, sexo ou qualquer outra característica que demarque alguma diferença.

Nesse contexto, adolescentes e jovens são incluídos como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que no centro da afirmação desses direitos está o fortalecimento da liberdade, autonomia e o empoderamento desses indivíduos, além do princípio da saúde, da igualdade e da integridade corporal (BRASIL, 2013a). Por isso, a compreensão destes direitos como fundamentais está alinhada aos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro durante alguns marcos, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, do Cairo, em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, realizada em Beijing (VIOTTI, 1995), que trazem uma nova maneira de enxergar a população e os introduzem no bojo dos Direitos Humanos.

A Conferência do Cairo deu destaque fundamentalmente à saúde como suporte dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, abdicando do enfoque de controle demográfico e optando pelo modelo de Planejamento Familiar e Reprodutivo, como um interesse e determinação das mulheres. Ao mesmo tempo, essa conferência conferiu papel importante às questões sobre desigualdades de gênero – relativas especificamente à mulher.

Assim, os “direitos reprodutivos” aparecem definidos no Programa de Ação do Cairo, se ancorando no reconhecimento do direito básico de todo casal ou indivíduo na decisão sobre

o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como a informação e os meios de assim o fazer, livre de discriminação ou violência, além da assistência à saúde (BRASIL, 2013a). Ventura (2009) reforça que esses direitos se constituem de princípios e normas de direitos humanos para a garantia do exercício individual, livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana, estando livre de qualquer coerção e restrição de qualquer natureza, além de enfatizá-los como fruto, principalmente, do movimento de mulheres latino-americano, a partir da década de 1970.

Todo esse movimento define os direitos sexuais como os direitos de todas as pessoas, livres de coerção, discriminação e violência de obter o mais alto padrão de saúde sexual, incluindo o acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e Reprodutiva, além de poder procurar, receber e conceder informações relacionadas à sexualidade, educação sexual, respeito pela integridade corporal e escolha de parceiros (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Os direitos sexuais são fundamentais para a manutenção da saúde sexual, tal qual é definida como um estado físico, emocional, mental e social do bem-estar relativo à sexualidade, não se tratando puramente da ausência de doenças ou debilidades, requerendo um enfoque positivo e respeitoso das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre qualquer forma de violência, coerção ou discriminação (IBIDEM, 2006).

Ao que tange a saúde reprodutiva, a Carta do Cairo (PATRIOTA, 1994), amplia e ratifica o conceito de saúde reprodutiva, explicando que este conceito não se trata apenas de ausência de doença ou enfermidade, mas sim de um estado completo de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Isso implica dizer que o indivíduo pode ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para a reprodução e liberdade de decidir quando e quanto fazê-la.

O Programa de Ação do Cairo orienta de forma explícita também diretrizes para que os países protejam e promovam o direito dos adolescentes à educação sexual, à informação e aos cuidados sexuais e reprodutivos. Além disso, orienta que se estabeleçam mecanismos adequados para responder às necessidades dos adolescentes, tendo como principal marco, a inclusão de adolescentes e jovens do sexo masculino nas políticas de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Alguns segmentos do movimento feminista consideravam a sexualidade como campo crucial para a compreensão e transformação das desigualdades de gênero (CORRÊA; ÁVILA, 2003), na iminência de pautarem a reivindicação pela expressão, pelo prazer, pela privacidade



sexuais, entre outros, bem como a autonomia do próprio corpo, tudo isso como pilares desses direitos (RIOS, 2006).

Assim, a ONU considera não apenas a sexualidade e a reprodução como dimensões inerentes à vida e à saúde do ser humano, mas aponta que a sexualidade deve ser exercida nas relações pessoais de maneira equânime enquanto direito de cidadania que deve ser respeitado. No entanto, são constantes as infrações voltadas a diferentes grupos em função da sexualidade, como lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas que vivem com HIV/Aids, profissionais do sexo, etc.

Por este motivo, no final da década de 1990, em concomitância aos movimentos feministas da época, os direitos sexuais aparecem, em meio ao advento da pandemia de HIV/Aids, como demandas no âmbito dos movimentos *gay* e lésbico europeus e norte-americanos e é incorporado aos latinos, que formaram o que atualmente denominamos Movimento de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transexuais e Travestis e Intersexos (LGBTI).

Também cabe ressaltar que, além da população LGBTI, há outros grupos que não têm os direitos sexuais e reprodutivos e o direito de exercício da sexualidade respeitados, como ocorre invariavelmente com adolescentes (BRASIL, 2018) e até mesmo com jovens, negando-lhe à sexualidade.

### **1b - A Sexualidade de Adolescentes e Jovens**

Sabe-se que na adolescência, a sexualidade se manifesta em diferentes sensações corporais, em desejos desconhecidos e novas necessidades. Essa demanda surge em meio a valores, atitudes, comportamentos e hábitos que estão em processo de constante (trans)formação e solidificação, fazendo emergirem peculiaridades e características como alterações na relação de dependência familiar, pressões para a escolha de um projeto de vida e inserção no mercado de trabalho, além de constantes reorganizações de papéis sociais e da própria identidade, que podem acarretar em maiores exposições a fatores de risco (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Também, o modo como vivem a sexualidade é influenciado por vários fatores, como a qualidade das relações emocional e afetiva que viveram quando crianças ou atualmente; relações com seus pares; transformações biopsicossociais provocadas pelo crescimento e pelo início da capacidade reprodutiva, além de crenças, mitos e tabus e tradições sociais e familiares aos quais estão inseridos (BRASIL, 2018).

Segundo Silva e Lopes (2009), a juventude, por sua vez, pode ser entendida na sua articulação com os processos sociais mais gerais e na sua inserção no conjunto das relações produzidas ao longo da história dos indivíduos, indicando um processo de preparação para que assumam o papel de adultos na sociedade, tanto no plano familiar, quanto no profissional, estando envoltos às tensões e às pressões que vêm justamente do contexto social. Já Abramo (1994) enfatiza que juventude se refere à faixa de idade ou de um período de vida em que se completa o desenvolvimento físico do indivíduo, em que ocorre uma série de transformações sociais e psicológicas.

Entretanto, outros autores apontam que adolescência(s) e juventude(s) são construções sociais e culturais que não dependem necessariamente de maneira estrita da idade ou da maturação biológica. Segundo Ayres *et al.* (2012),

“dependendo da condição de vida, nem todo mundo com 14 anos será chamado de adolescente: uma adolescente que engravida pode passar a ser identificada exclusivamente como mãe; um rapaz com poucos recursos ou que comete pequenos furtos, ou ainda os internos da ‘Fundação Casa’, são denominados pejorativamente ‘menores’.” (p.11).

Nesse sentido, a diversificação de denominações reflete grandes diferenças na maneira como cada ser é enxergado pela sociedade. Diferenciar a juventude de uma idade adulta “madura”, ou do resto da idade adulta, promove debates em detrimento desses diferentes conceitos (SÃO PAULO, 2021). Neste sentido, é importante considerar que a adolescência e a juventude são, fundamentalmente, como especifica as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a), processos complexos de emancipação que envolvem basicamente três dimensões interdependentes: a macrossocial, em que se inserem as desigualdades sociais de classe, gênero e raça; a dimensão da institucionalidade, que reúne os sistemas de ensino, as relações de produção e o mercado de trabalho; e a dimensão biográfica, isto é, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo.

Por isso, as definições de adolescência e juventude variam de acordo com a referência, emergindo diferentes visões quanto às formas de situá-las enquanto marcos referenciais. Na realidade brasileira, as definições de adolescência e juventude perpassam pelos marcos legais, como a Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) e o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013b), que introduzem, no ordenamento jurídico

nacional, a concepção de crianças e adolescentes e definem como jovens conforme as suas particularidades desse período inicial da vida adulta.

Através do ECA, estabelecido pela Lei Federal nº 8.069 em julho de 1990, que regulamenta o art. 227 da Constituição de 1988, crianças e adolescentes passaram a ter o *status* de sujeitos de direito e deveres sem distinção de raça, cor ou classe social (BRASIL, 1990). Isso significa que essa população passa a ser protegida pelo Estado que, por meio de leis, garantirá os seus direitos sociais e de cidadania, englobando a proteção às vulnerabilidades, incluindo os abusos e violências familiares.

Ao que tange a saúde, o ECA declara:

“Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” - Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016 (BRASIL, 2016a).

Nesse sentido, a partir do ECA, crianças e adolescentes passam a ter direito à vida e à saúde, pressupondo o acesso universal e igualitário em sua integralidade, exigindo ações de saúde de prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede, enquanto estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS), que perpassam desde a Atenção Primária até a de alta complexidade, de forma a garantir os direitos dessa população (BRASIL, 2010b).

Além disso, o ECA também prevê que este direito à saúde de crianças e adolescentes, enquanto pessoas em condição de desenvolvimento físico, moral e psicológico, seja vinculado aos direitos básicos de liberdade, integridade e o respeito e à dignidade previstos como de todos os cidadãos:

“Art.17: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais” (BRASIL, 1990).

O ECA vai definir enquanto criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela compreendida entre 12 e 18 anos. E, procurando reforçar o respeito à condição do indivíduo, pressupõe o reconhecimento de sua autonomia social e empoderamento de adolescentes como ponto central, o que em saúde, inclui a busca de serviços nesse setor para o exercício do direito à saúde. Nesse sentido, qualquer exigência de obrigatoriedade de atrelar a atenção em saúde à presença de um responsável, por exemplo, destitui o adolescente de seus

direitos e aparta adolescentes do exercício pleno de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, o que constitui uma lesão ao seu direito maior à uma vida saudável (BRASIL, 2013).

Dessa forma, sigilo, privacidade e consentimento informado do próprio adolescente constituem-se como direitos fundamentais, tal como reconhece e recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a). Este princípio se institui para a Atenção Básica e suas ações, incluindo consultas, que devem ser sigilosas quanto à ocorrência e conteúdo, só podendo ser reportadas a pais ou responsáveis com autorização do próprio adolescente, através de um consentimento informado (IBIDEM, 2005a).

Essa prerrogativa tem como objetivo a proteção de adolescentes, possibilitando-lhes desenvolvimento integral enquanto direito à vida e à saúde, que se somam a outros direitos sociais de alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, convivência familiar e comunitária, além das políticas de atendimento, medidas de proteção ou medidas socioeducativas (BRASIL, 2013a).

Para este enfoque, o Ministério da Saúde respeita a orientação legal do ECA do início da adolescência como 12 anos e indo até antes dos 18, embora para a percepção de vulnerabilidades e indicadores de saúde, também se oriente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza este período como uma ocorrência entre os 10 e os 19 anos de idade.

Já a juventude é estabelecida pela Lei nº 12.852 que cria o Estatuto da Juventude como sendo dos 15 aos 29 anos (BRASIL, 2013b), interseccionada em três momentos: dos 15 aos 17 anos, sendo os adolescentes-jovens; dos 18 a 24 anos, os jovens-jovens; e dos 25 a 29 anos os jovens-adultos. Portanto, se inclui para fins de ações de promoção à saúde, principalmente relativas às questões que envolvem a sexualidade e o uso de drogas, a faixa vulnerável de 15 a 24 anos prevista pela Organização Mundial de Saúde.

O Estatuto da Juventude, além de dispor sobre os direitos dos jovens, dispõe sobre “os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE” (BRASIL, 2013b), e representa uma reivindicação histórica dos movimentos de direitos juvenis para complementação do ECA, definindo a incorporação de políticas de juventude como política de Estado. Em diálogo com o ECA, o Estatuto da Juventude também reforça a ideia de autonomia e emancipação dessa população e aprofunda o reconhecimento de necessidade de proteção e promoção de ações específicas, dando ênfase à compreensão da

população jovem como detentora de direitos que devem ser resguardados pelo Estado (CASTRO; MACEDO, 2019).

Quanto ao direito à saúde, o Estatuto da Juventude aponta que “O jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (BRASIL, 2013b, art. 19). Nesse sentido, seguindo os princípios do SUS, reforça que:

“Art. 20. A política pública de atenção à saúde do jovem será desenvolvida em consonância com as seguintes diretrizes: I - acesso universal e gratuito ao Sistema Único de Saúde - SUS e a serviços de saúde humanizados e de qualidade, que respeitem as especificidades do jovem; II - atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens; IV - garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino; VI - capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, inclusive com deficiência, e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens” (BRASIL, 2013b, art. 20).

Deste modo, garante a todos os jovens, incluindo adolescentes-jovens, a promoção de seus direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser realizados pela atenção integral e focalizada à saúde, bem como ao acesso à informação para a promoção do autocuidado e ações de prevenção e assistência à saúde, reforçando o respeito à autonomia e o estímulo à emancipação deste público.

Nesse sentido, tanto o ECA, quanto o Estatuto da Juventude são frutos de lutas pela redução das desigualdades no acesso de direitos e por políticas de equidade: o ECA ressignificando a compreensão da criança e de adolescente, frente à antiga visão de repressão e contenção de pobres pelo Estado, expressa no antigo Código do Menor (BRASIL, 1979); e o Estatuto da Juventude enfatizando as “situações de risco” e relacionando-as a vulnerabilidades sociais que devem ser prevenidas pelo Estado ao considerar este grupo efetivamente como sujeitos de direito (CASTRO; MACEDO, 2019), rompendo com a visão que conecta violência-juventude que fortalece a imagem deste grupo enquanto perigoso e delinquente.

Apesar desses rompimentos, a atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, ainda continua em defasagem (FELISBINO-MENDES, 2018). Dentre os motivos que culminam na baixa procura dos serviços de saúde por adolescentes, se encontra,

principalmente, a desigualdade social, econômica e geográfica (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2019). Estas estabelecem, conseqüentemente, a falta de informação (MARTINS *et al.*, 2019), do acesso a bons serviços e do conhecimento dos adolescentes sobre a possibilidade de busca autônoma aos serviços públicos, inclusive os de saúde. A cultura do “medo do diagnóstico de doenças” (TAQUETTE, *et al.*, 2017) e, principalmente, os resquícios da concepção “menorista” instituída pela longa vigência do Código do Menor (FIGUEIREDO, 2022), além do desconhecimento das mudanças legais instituídas pelo ECA e pelo Estatuto do Jovem nas próprias normas do Ministério da Saúde (FIGUEIREDO; BASTOS; TELLES, 2012), fazem com que adolescentes ainda sejam vistos como objetos de total tutela e intervenção do pátrio-poder, para o qual é feita a exigência equivocada da presença de um responsável no momento do atendimento. Essa prática, sem dúvida, afasta adolescentes que tem aspectos da vida não revelados à família, como questões de práticas sexuais, o que fere seu direito fundamental à assistência preventiva, predispondo-os a riscos (FIGUEIREDO, 2022), como a gravidez, IST, mas também em outras áreas como o abuso de álcool e outras drogas.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas como um problema de Saúde Pública mundial (MIRANDA, 2021) que impacta o próprio sistema de saúde e a qualidade de vida de brasileiros. A Organização Mundial da Saúde (2016) estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis em pessoas de 15 a 49 anos no mundo em 2016. No Brasil, em 2019, cerca de 1 milhão de pessoas afirmaram ter diagnóstico médico de alguma dessas infecções (IBGE, 2020; IBGE, 2021), sendo as mais comuns: o HIV/aids, as hepatites virais, a sífilis, o HPV, entre outras; ao mesmo tempo em que se deve considerar que a presença de qualquer IST, aumenta de forma significativa o risco de outras IST ainda sem cura, como a infecção pelo HIV (BRASIL, 2021a).

A “Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas (PCAP) da População Brasileira” de 2013 (BRASIL, 2016b), realizada em âmbito nacional, entre pessoas de 15 e 64 anos, mostrou que, no que tange às práticas sexuais, 75,0% da população jovem de 15 a 24 anos já havia tido relação sexual na vida, sendo que 58,3% inclusive no último ano. Com relação ao início da vida sexual antes dos 15 anos, a maior ocorrência observada foi entre estes mesmo jovens de 15 a 24 anos, com 35% de incidência. Para 70,7% dessa população, houve mais de uma parceria sexual e 35,4% alegou terem tido mais de dez parceiros, principalmente homens, sendo que 8,8% relatou ter tido parcerias com pessoas do mesmo sexo.

Com relação à prática da primeira relação, 64,2% de indivíduos sexualmente ativos de 15 a 24 anos afirmou ter usado preservativo. O uso do preservativo em todas as relações foi descrito por 36,9% da população sexualmente ativa nos últimos 12 meses, na mesma faixa etária. Desses, 34,2% o realizavam em parcerias fixas e 56,6% em parcerias casuais. Apesar desses percentuais, a maioria da população brasileira com idades entre 15 e 64 anos (94%) concorda que o uso de preservativo é a melhor forma de proteção da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016b).

Quanto à atividade sexual e anticoncepção, a “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)” (BRASIL, 2009a), mostrou que as mulheres estavam começando a vida sexual mais cedo, bem como adotando a prática da contracepção. Em 2006, 33% das mulheres de até 15 anos haviam tido relações sexuais, o triplo da quantidade verificada na versão desta pesquisa de 1996. Entre as jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas, 66% já haviam usado algum método anticoncepcional, principalmente o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%).

### **1c - Panorama das IST no Brasil e estado de São Paulo:**

Com uma média anual de 36,8 mil novos casos de aids notificados nos últimos cinco anos, o Brasil chegou ao ano de 2020 com o seu menor número de casos anuais (29.917) e a menor taxa de detecção (14,1 casos por 100 mil habitantes), segundo o Boletim epidemiológico HIV/Aids (BRASIL, 2021b). Além disso, este Boletim aponta que nos anos de 2019, 2020 e 2021 foram notificados 43.312, 32.701 e 15.220 casos de HIV, respectivamente, com concentração nas regiões sul e sudeste.

Especificamente no estado de São Paulo, o Boletim ressalta que entre 2010 e 2020, houve um decréscimo no número de casos de aids, diminuindo de 21,7 casos para 12,3 por 100.000 habitantes, um percentual de declínio de 43,4%. Entre os anos de 2019, 2020 e 2021, o número de casos de HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) neste estado diminuiu, partindo de 6.744 para 5.157 e para 2.433, respectivamente (BRASIL, 2021b).

Com relação à hepatite B, também sexualmente transmissível, entre os anos 2010 e 2019, as taxas de detecção variaram pouco em âmbito nacional, com a maior taxa notificada em 2011, com 8,4 casos por 100 mil habitantes, e a menor notificada em 2019, com 6,3 casos por 100 mil habitantes, concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Em 2020, a taxa de hepatite B

diminui ainda mais, chegando a 2,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021c), sendo que no estado de São Paulo, em 2019, foi verificada a menor taxa de detecção em âmbito nacional (4,4 casos por 100 mil habitantes), que diminui ainda mais em 2020 (1,9 casos por 100 mil habitantes), não sendo possível pelos Boletins precisar as faixas etárias dos casos estaduais.

O Papiloma Vírus Humano (HPV), diferente das outras IST, não é uma infecção de notificação compulsória, portanto, não há registros de prevalência em Boletins Epidemiológicos nacionais tal qual as outras IST citadas. Entretanto, no estudo inédito sobre a prevalência nacional de HPV “POP-Brasil” (COELHO, 2017), realizado pelo Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre em parceria com o Ministério da Saúde, com pessoas de idade média de 21,6 anos, sendo 56,8% parda, verificou-se uma prevalência de HPV de 53,6% entre as 6.387 amostras coletadas entre 2016 e 2017. Da população feminina pesquisada, 54,6% tinha prevalência de HPV geral, enquanto que entre a população masculina, a prevalência foi de 51,8%; revelando ainda, que a prevalência de HPV se concentrava entre a faixa etária de 16 a 25 anos.

A vacinação de HPV, orientada para toda a faixa pré-adolescente brasileira, foi registrada no país, em 2014, como tendo sido recebida por 5.387.394 meninas, em uma cobertura total de 108,73%, para a primeira dose. A segunda dose, no mesmo ano, teve cobertura menor, de 64,77%, com uma aplicação de 3.221.877 doses em meninas de 9 a 14 anos de idade. Em São Paulo, o cenário não apresenta uma diferença expressiva, tendo cobertura de 115,69% na primeira dose e de 71,24% na segunda, no mesmo ano e faixa etária, o que aponta que uma parte de cerca de 30% da população adolescente e jovem ficará sem prevenção contra esta IST caso não refaça seu plano vacinal.

### **1d – A Especificidade da Sífilis**

A sífilis, IST curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *treponema pallidum* e que possui formas de transmissão divididas nas categorias de sífilis adquirida e de sífilis congênita (passada em transmissão vertical da gestante ou parturiente para o bebê) tem tido crescimento de casos nos últimos anos no país.

Segundo o “Boletim Epidemiológico de Sífilis” (BRASIL, 2021a), a infecção concentra-se, principalmente, em pessoas da faixa etária de 20 a 29 anos – casos apontados pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e por epidemiologistas como uma epidemia



paralela (SÃO PAULO, 2015; FORMENTI, 2016; FIORAVANTI, 2021 e CONASS, 2020) e, atualmente, concomitante à pandemia da covid-19 (OPAS, 2020).

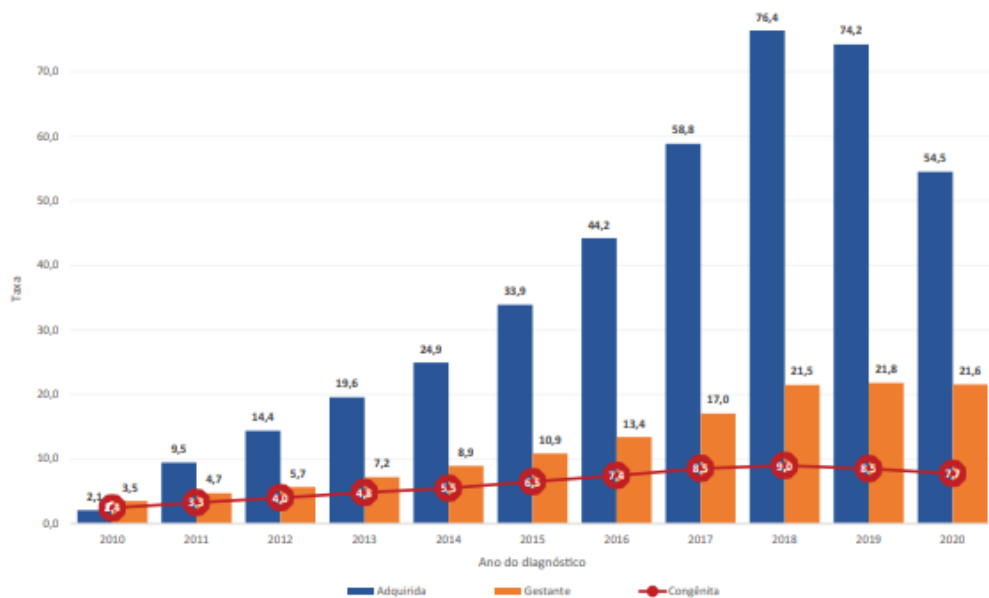
Cabe aqui ressaltar que é observada uma nítida redução do número de notificados como infectados pela sífilis e por todas as outras IST, de 2019 a 2021, provavelmente devido às subnotificações mediante à orientação de quarentenas, *lockdowns* e restrições sociais provocada pela covid-19 e que devem ter interferido tanto nas testagens, quanto nas detecções e notificações (BRASIL, 2021b).

Entre 2009 e 2016, segundo estimativas da OMS (BRASIL, 2021c), 6,3 milhões de casos de sífilis foram verificados, em escala global, tendo uma prevalência estimada, em homens e mulheres de 0,5%, com valores regionais variando de 0,1 a 1,6%, conforme o ano.

No Brasil, em 2020, 115.371 casos de sífilis adquirida foram notificados no SINAN, com taxa de detecção de 54,5 casos por 100.000 habitantes; sendo 61.441 casos de sífilis em gestantes (com taxa de detecção de 21,6 por 1.000 nascidos vivos) e 22.065 casos de sífilis congênita (com taxa de incidência de 7,7 por 1.000 n.v.); além de causar 186 óbitos por sífilis congênita (com taxa de mortalidade de 6,5 por 100.000 n.v.) (BRASIL, 2021c).

Quanto à sífilis adquirida, observando-se os agravos de notificação compulsória, percebe-se que, desde 2010, o ano de 2018 atingiu o seu pico, com taxa de detecção de 76,4 casos por 100.000 habitantes, tendo uma redução em 2019 para 74,2 casos por 100.000 habitantes e, em 2020 de 54,5 casos por 100.000 habitantes – queda esta que deve se considerar certa falta de detecção devido às medidas protetivas da covid-19 (BRASIL, 2021c).

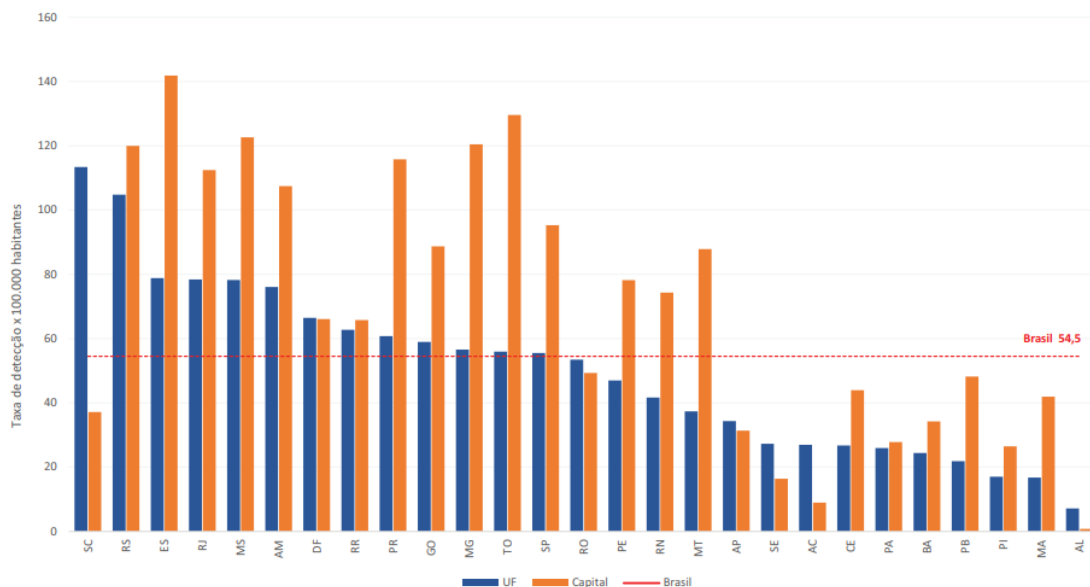
Com relação à detecção de sífilis em gestantes, a taxa alcançou 21,8 casos por 1.000 nascidos vivos em 2019 e teve um decréscimo em 2020 (21,6 por 1.000 nascidos vivos); já a sífilis congênita, verifica-se que, entre 2010 e 2020, a taxa chegou a alcançar 9,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2018, com subsequente queda nos anos seguintes (Figura 1).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2021.

Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

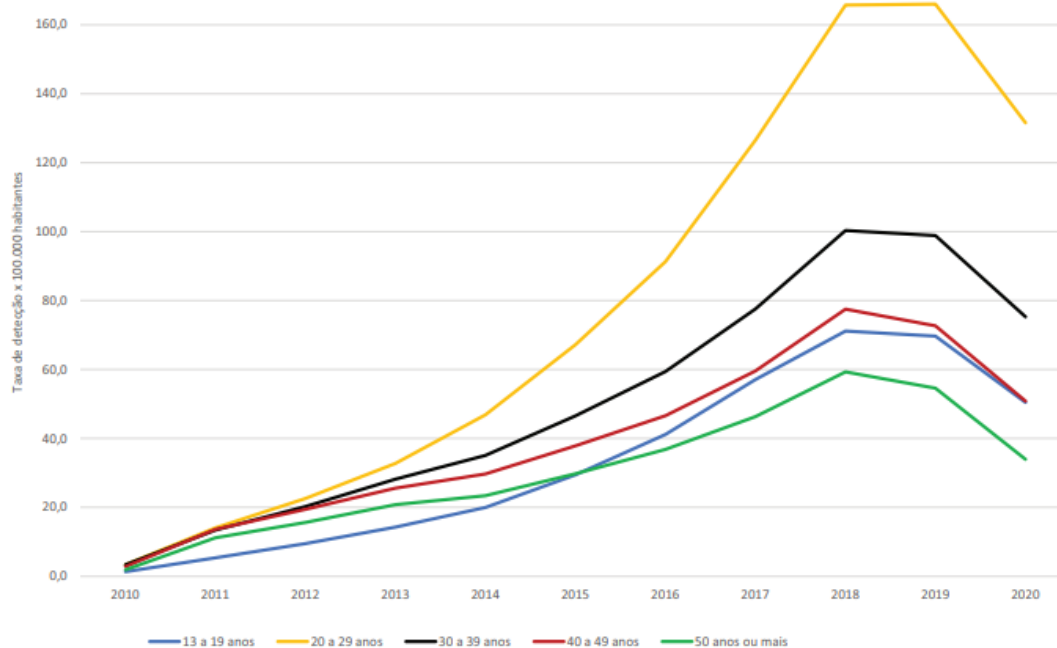
Em relação à sífilis adquirida, no ano de 2020, verificou-se que a média de taxa de detecção do Brasil alcançou 54,5 por 100.000 habitantes, estando tanto o Estado de São Paulo (55,6 casos por 100.000 habitantes) quanto sua capital (95,3 casos por 100.000 habitantes), acima da média nacional, segundo a figura 3 (BRASIL, 2021c).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2021.

Figura 6 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo Unidade da Federação e capitais. Brasil, 2020.

Relativo à faixa etária, 38,8% das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos e 22,5% por aqueles na faixa de 30 a 39 anos, em 2020. A figura 7 mostra as taxas de detecção de sífilis adquirida por faixa etária, entre 2010 a 2020, enfatizando um crescimento constante das taxas de todas as idades até 2018, porém, com destaque para a faixa etária de 20 a 29 anos. A partir de 2019, todas as taxas tiveram um leve decréscimo, tendo uma queda mais abrupta em 2020. Em 2020, a taxa de detecção alcançou 131,6 casos por 100.000 habitantes na faixa etária de 20 a 29 anos e 75,3 casos por 100.000 habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos. A faixa etária de 13 a 19 anos, por sua vez, chega em 2018 e 2019 com uma taxa de detecção acima da média brasileira (cerca de 70 casos por 100.000 habitantes), decaindo, em 2020, para pouco mais de 50 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2021C).

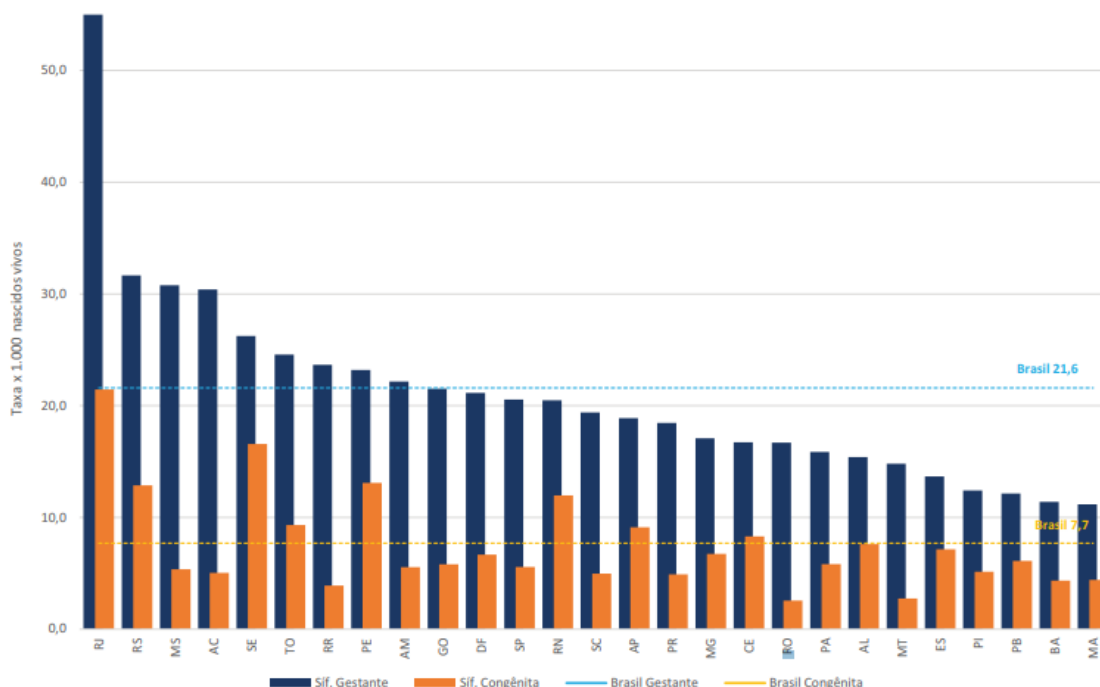


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2021.

Figura 7 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2020.

Quando analisadas as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por estado da Federação, em 2020, verificou-se que nenhum estado apresentou taxa de incidência de sífilis congênita maior que em gestantes (Figura 2), demonstrando falta de detecção e de tratamento precoce da doença durante o pré-natal, o mesmo confirmado quando se calculam as taxas de detecção da sífilis em gestantes, que é de 21,6 por 1.000 nascidos em 2021, e de 7,7 por 1.000 nos casos de sífilis congênita. No estado de São Paulo, no entanto, é possível perceber que a taxa se encontra abaixo da média

nacional nos dois casos, ao mesmo tempo em que parece haver maior detecção e tratamento, uma vez que a taxa de casos em gestantes é de 20,5 casos por 1.000 nascidos vivos e a de sífilis congênita é de 5,6 casos por 1.000 nascidos vivos da congênita (BRASIL, 2021c).



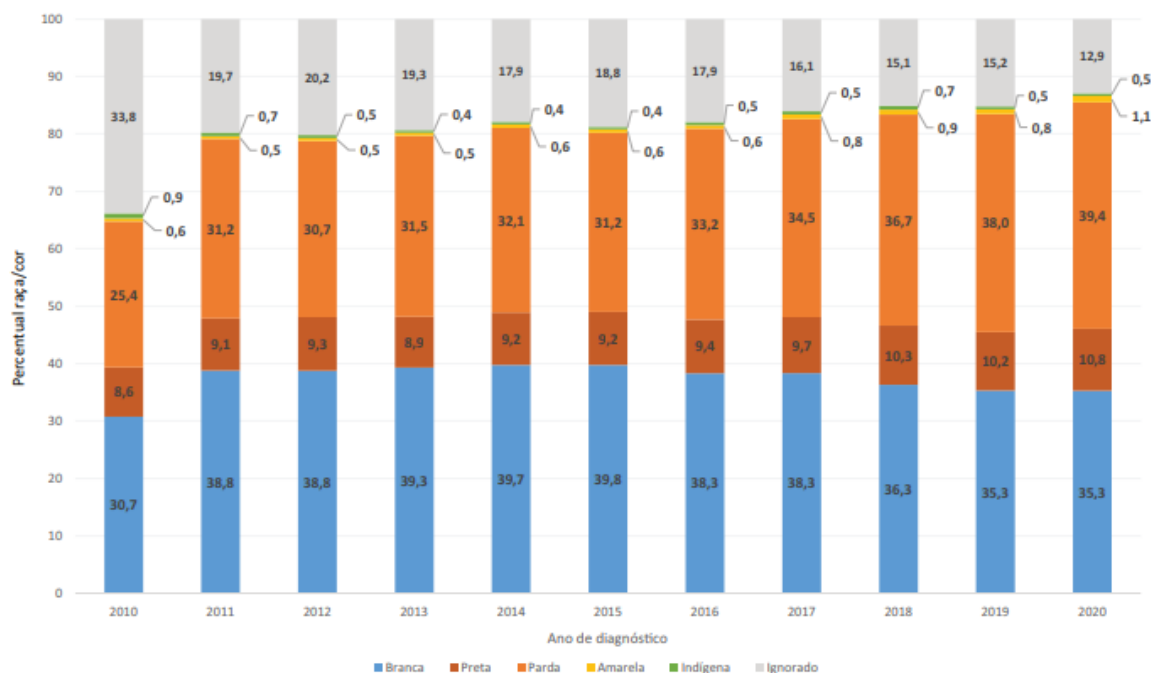
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2021.

Figura 8 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo Unidade da Federação. Brasil, 2020.

Em se tratando de gênero – os registros nacionais referidos no Boletim nacional (BRASIL, 2021c) mencionam “sexo” para distinguir os gêneros masculino e feminino a partir do sexo biológico, verifica-se, na série histórica brasileira de 2010 a 2020, que 41% (512.780 casos) das notificações foram de casos em homens e 58,9% (735.354) de mulheres. Das mulheres, 46,2% eram de sífilis adquirida (339.869) e a maioria, de 53,8% (395.485) de detectadas em gestantes que fizeram exames durante o pré-natal.

Nesse mesmo cenário, é perceptível que, no Brasil, a população mais acometida pela sífilis são as mulheres, principalmente jovens de 20 a 29 anos. Em 2020, por exemplo, as mulheres dessa faixa etária alcançaram 28,0% dos casos, enquanto homens, 16,8% (BRASIL, 2021c)

Da mesma forma, em 2020, a maior parte dos casos notificados de sífilis era de pessoas pardas (39,4%) e pretas (10,8%), totalizando 50,2% dos casos entre negros, enquanto que a percentagem em pessoas brancas representava 35,3% (Figura 5).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2021.

Figura 5 - Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

Em se tratando de escolaridade, entre os casos informados, a maioria de 57,9% eram de pessoas que possuíam até Ensino Médio. Ao longo da série histórica entre 2010 e 2020, também é verificado um aumento na escolaridade dos atingidos.

A ocorrência da sífilis já havia sido verificada por Garcia (2009), no estado de Goiás, Paganini (2017), no Rio de Janeiro e Moroskoski, *et al.* (2008) em Curitiba, no Paraná, ressaltando a importância do desenvolvimento de políticas públicas voltadas a contenção desta infecção e de outras IST que acometem a população adulta, mas também a jovem e adolescente; ao mesmo tempo enfatizando a necessidade de se estabelecer estratégias de educação sexual para adolescentes e jovens para a promoção do cuidado e prevenção, conscientizando-os inclusive sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, pela atenção em saúde, mas também pela criação de espaços de discussão e escuta sobre o tema sexualidade.

Nesse sentido, há a necessidade de voltar-se a este público para aprofundar a ocorrência dessas infecções e explorar seu perfil e necessidades através de pesquisa qualitativa, buscando refletir e dialogar junto a jovens e adolescentes e o público geral sobre o tema do enfrentamento à sífilis.

## **2. LOCAL DO ESTUDO E A REALIDADE DE IST ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA - SP**

Franco da Rocha é um município paulista localizado na Grande São Paulo com 132,78km<sup>2</sup> de área territorial (SEADE, 2021), com população estimada de 156.492 residentes, em 2020, que tem característica ser cidade dormitório de trabalhadores da capital, sendo que adolescentes e jovens, por sua vez, representam 49.843 residentes. A população SUS dependente é de 152.201 pessoas, em 2020, e 153.903 residentes, em 2021 (DATASUS, 2021).

Com relação ao padrão socioeconômico, verifica-se que o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do município em 2018 (20.221,41), era 2,5 vezes menor do que a média do estado de São Paulo (50.247,87). Em 2014, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre a população estimada de 143.817 residentes do município, 4.336 (3,1%) moradores estavam em situação de extrema pobreza, com renda domiciliar *per capita* abaixo de R\$ 77,00 (FRANCO DA ROCHA, 2015).

A dimensão de riqueza de Franco da Rocha, segundo o índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), em 2018, era calculada em 30, bem abaixo da média do estado de São Paulo, que era de 44. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município, por sua vez, calculado em 2010, também fica abaixo do total do estado paulista, sendo de 0.731, enquanto do estado de São Paulo era de 0.783.

Para exemplificar o menor padrão socioeconômico, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, em 2010, era de 5,85% da população residente em Franco da Rocha, maior do que a da região metropolitana de São Paulo em geral, que era de 3,60% e a do estado, que era de 4,33%. Ao mesmo tempo, entre a população de 18 a 24 anos 47,9% tinham a pelo menos até o Ensino Médio Completo, enquanto que a da região metropolitana era bem mais alta, de 57,52% e a do estado era de 57,89%. Entre os residentes de Franco, apenas 69,17% era atendido com esgoto sanitário, enquanto que no estado 89,75% tinham esta cobertura; além disso, muitas moradias se encontram em situação de irregularidade, além de se alocarem nas margens de rios e córregos.

Quanto à assistência de Saúde, o município conta com: 13 unidades básicas de saúde (UBS); 1 Centro de Atenção à Saúde da Mulher; 1 Centro de Especialidades; 1 Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM); 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – 1 CAPS Álcool e Drogas, 1 CAPS II e 1 CAPS Infantojuvenil; 1 Centro de Convivência (CECO);

1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Centro de Testagem e Acolhimento e Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE) que contém o Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico Aids/HIV/Hepatites (COAS); 1 Diretoria de Atenção em Saúde; 1 Farmácia Central; 1 Serviço de Orientação de Óbitos /Instituto Médico Legal (SVO/IML); 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Dos serviços de Assistência Social, o município possui 1 Centro Dia do Idoso, 1 Centro Solidário, 4 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e 1 Fundo Social de Solidariedade.

Quanto à situação das IST em Franco da Rocha, o município, além dos serviços de IST e HIV/aids, contribui desde 2013 para o enfrentamento à epidemia de HIV/aids e outras IST realizando, no mês dezembro, ações estratégicas para a ampliação do diagnóstico precoce do HIV e da sífilis, realizando a Campanha “Fique Sabendo”. Em 2020, a Prefeitura da cidade recebeu do Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Saúde, o certificado pela participação na 13ª Campanha Estadual de Testagem do HIV e Sífilis realizada (MONTEIRO, 2021), instituída pela Lei Federal nº 13.504, de 7 de novembro de 2017, o “Dezembro Vermelho”, quando as equipes de saúde realizam a oferta de autotestes de HIV, preservativos femininos e masculinos, folhetos informativos e orientação direta sobre prevenção e cuidados com as IST (NASCIMENTO, 2021).

Além disso, várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam rodas de conversa nas salas de espera e testagem rápida para HIV e sífilis e hepatites (NASCIMENTO, 2021), objetivando promover espaços de sociabilidade e romper preconceitos e tabus relacionados à infecção por este vírus que impedem a busca por diagnóstico, incentivando a busca destes e, em consequência, o direito à saúde.

Entre 2016 e 2020, o município de Franco da Rocha apresentou uma média de 23,5 casos de aids notificados no SINAN, com 15,5% de média da taxa de detecção entre os testes realizados. Em 2019, houve um total de 12 casos notificados, o menor valor da série histórica iniciada em 2010, com taxa de detecção de 7,8% positivos entre os testados – diferentemente do Brasil, que apresentou a sua menor taxa em 2020, de 14,1%, igualmente menor que a registrada no estado de São Paulo, que foi de 12,3%, no mesmo ano, Franco da Rocha registrou 21 casos, com taxa de detecção de 13,4% entre as testagens. Considerando o registro do sexo biológico, a série histórica aponta que o maior número de casos era de homens (BRASIL, 20-?a).

Os casos de hepatite B entre os anos 2010 e 2020 em Franco da Rocha tiveram uma variação considerável, com média de 6,6%, abaixo da brasileira, de 6,9%, e acima da de São Paulo, de 6,3%. O maior número de casos ocorreu em 2012 (19 casos por 100.000 habitantes, representando uma taxa de detecção de 14,1%); e a menor taxa ocorreu em 2014 (4 casos por 100.000 habitantes, representando uma taxa de detecção de 2,8%). A partir de 2015, o número de casos voltou a aumentar, chegando em 2018 a 11%, diminuindo em 2019 e 2020 (para 7 e 8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente), com taxas de detecção de 4,5% e 5,1%. Diferentemente também, no Brasil, a menor taxa ocorreu em 2020, com 2,9%, número possivelmente atrelado à subnotificação devido às medidas de enfrentamento à covid-19. No estado de São Paulo, a maior taxa de detecção ocorreu em 2011, com 8,9% de detecção, tendo uma diminuição contínua entre os anos 2015 e 2019 e uma queda abrupta em 2020, quando houve uma taxa de detecção de 1,9%), bem menor que a de Franco da Rocha. Nos três âmbitos, municipal, estadual e nacional, a hepatite B é mais presente em homens, conforme registro do sexo biológico realizado nos atendimentos (BRASIL, 20-?b).

Não se sabe a quantidade de casos de HPV entre a população de Franco da Rocha, mas os casos de câncer e tumores malignos no colo do útero são causados pelo HPV. Sabe-se que, em 2018, o número dos casos de neoplasia maligna no município de Franco da Rocha era de 16; em 2019, 11; e em 2020, 9, predominando na faixa etária entre 40 e 49 anos (BRASIL, 2021). Em 2014, a vacinação de HPV de pré-adolescentes meninas de 9 a 13 anos de idade alcançou, para a primeira dose, 3.421 doses entre uma população estimada de 3.432. Para a segunda dose, o número decaiu para 2.536 aplicações, resultando numa cobertura, para a primeira dose de 99,68% e de 73,91% para a segunda (BRASIL, 2014).

Quanto à sífilis adquirida, registra a alta incidência no município de Franco da Rocha. A média do número de casos registrados entre 2010 e 2020 foi de 90,4 por 100.000 habitantes com média de taxa de detecção de 60,2 por testes. No Brasil, a média de taxa de detecção dessa mesma série histórica é 37,5 e em São Paulo, 53,3.

Analisando os quatro últimos anos, de 2017, 2018, 2019 e 2020, Franco da Rocha apresentou uma taxa de detecção de 114,9 de média, enquanto o Brasil, 65,9 e São Paulo, 74,4. Nos três âmbitos, o ano de 2018 apresentou a sua maior e menor taxa e o de 2020 a maior taxa. Em 2018, Franco da Rocha apresentou taxa de 158,8 por 100.000 habitantes, chegando, em 2020 a uma taxa de 70,3; enquanto que o Brasil em 2018 apresentou 76,4 por 100.000 habitantes, chegando em 2020 com 54,5 e o estado de São Paulo de 83,3 em 2018 e 55,6 em



2020 (BRASIL, 20-?c).

Observando a ocorrência de casos por sexo, entre 2010 e 2021, a distribuição de casos em Franco da Rocha é próxima, embora a porcentagem de mulheres seja um pouco maior, com uma diferença de 2,8% no total (48,6% de homens e 51,4% de mulheres). É importante salientar que as mulheres são constantemente diagnosticadas a partir do pré-natal. Já no Brasil e no estado de São Paulo, a distribuição percentual de homens com sífilis adquirida é sempre maior: 60,3% de homens e 39,7% de mulheres, no Brasil e 63,4% de homens e 36,6% de mulheres no estado de São Paulo (BRASIL, 20-?c).

A sífilis em gestantes apresentou sua maior taxa de detecção entre os anos 2017 e 2020, com média de 20,4 por 1.000 nascidos vivos: com 24,6 por 1.000 nascidos vivos em 2017, porém com certa queda em 2019, quando a taxa foi de 15,3, novamente aumentando em 2020 para 20,4. Não muito distante, o Brasil apresentou uma taxa média entre 2017 e 2020 de 20,4 por 1.000 nascidos vivos, apresenta a sua menor taxa em 2017, (de 17,0 por 1.000 nascidos vivos), registrando aumento nos anos subsequentes, com uma média de 21,6 por 1.000 nascidos vivos até 2020. Em São Paulo, o cenário é similar entre os anos 2017 e 2020, embora a média seja menor (de 19,6 por 1.000 nascidos vivos), a diferença não é tão expressiva, permitindo compreender que embora Franco da Rocha esteja abaixo da média brasileira, se encontra acima da média do estado (BRASIL, 20-?c).

Quando vista por faixa etária, a distribuição percentual de gestantes com sífilis entre 2011 e 2021, em Franco da Rocha, predomina entre jovens de duas faixas etárias: de 15 a 19 anos (27,9%), passando a uma porcentagem mais expressiva em 2021 (de 41%), quando analisados os últimos 5 anos; e jovens 20 a 29 anos (com percentual de 56,5% dos casos), com uma maior expressão em 2020 (quando representou 65,9%). O Brasil em relação à Franco da não apresenta distribuição percentual de casos de sífilis em gestantes muito diferente quanto à faixa etária, apresentando 24,2% entre jovens-adolescentes de 15 a 19 anos e 53,6% entre jovens de 20 a 29 anos entre os anos 2005 a 2021. Quanto à São Paulo, se comparado com Franco da Rocha, o estado se mostra também com mais casos, apresentando 21,8% entre adolescentes de 15 a 19 anos e 54,0% de casos entre jovens de 20 a 29 anos (BRASIL, 20-?c).

Com relação à escolaridade, em Franco da Rocha poucas das gestantes que apresentaram infecção por sífilis têm: 28,5% realizou no máximo até o Ensino Fundamental, 17,9% tem Ensino Médio incompleto e 30,0% completo, totalizando 47,9%; e apenas 2,2% possui Ensino Superior. A essa situação apresenta menor nível de estudo o perfil dos infectados

no país, uma vez que, no Brasil, os com Ensino Fundamental incompleto ou completo somam 44,4% e 24,1% chegaram ao Ensino Médio concluindo-o ou não (24,1%); e apenas 1,7% chegou ao ensino superior. E também supera o nível do estado de São Paulo, onde 35,1% tem fundamental completo ou incompleto; e 29% tem Ensino Médio completo ou incompleto e apenas 1,7% tem ensino superior.

Ao analisar a distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça em Franco da Rocha, negros representam 65,9% (soma de 15,9% de pretos e 50,0% de pardos), enquanto brancos representam 30,8%. A distribuição percentual do município segue uma linha aproximada dos casos do Brasil, em que negros representam 61,5% e brancos 29,0%, se diferindo no estado de São Paulo, onde negros representam menos, 50,8% e brancos 42,7% (BRASIL, 20-?c).

Em se tratando de sífilis congênita, quando analisada a série histórica entre 2011 e 2020, Franco da Rocha mostra uma variação da taxa de detecção entre 1,4 e 7,6 por 1.000 nascidos vivos até 2019, no entanto, em 2020, a taxa de detecção aumentou para 14,8, o que não sabemos se deve-se ao maior diagnóstico, ou aumento real de casos devido à covid-19 ou por qualquer outro motivo. Diferentemente, no Brasil, a maior taxa ocorreu no ano de 2018 (9,0 por 1.000 nascidos vivos), diminuindo para 7,7 por 1.000 nascidos vivos em 2020. Em São Paulo, a variação é entre 2,4 em 2011 e 6,7 em 2017, ano em que apresentou sua maior taxa de incidência. Em 2020, o estado apresentou 5,6 de taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, queda também por fatores ainda desconhecidos uma vez que pode ter havido redução de detecção devido ao isolamento social promovido pelo combate à covid-19 (BRASIL, 20-?c).

A sífilis congênita em Franco da Rocha, se apresenta neste histórico, principalmente (24,8%), em adolescentes-jovens de 15 a 19 anos e (54,5%) jovens de 20 a 29 anos somando 79,3%. No Brasil, a infecção também se apresenta, predominantemente, em jovens de 15 a 19 anos (21,7%) e 20 a 29 anos (53,5%), somatizando 75,2%, porém, diferente do município também está presente em adolescentes de 10 a 14 anos (0,9%). Em São Paulo, bem como em Franco da Rocha, a infecção se expressa em jovens de 15 a 19 anos (17,8%) e jovens de 20 a 29 anos (53,4%) somatizando 71,2%. É importante frisar que a maioria dos diagnósticos de sífilis congênita está atrelada a detecção na realização de pré-natal: 56,8% das mães, em Franco da Rocha, realizaram pré-natal e diagnosticaram sífilis; no Brasil, 52,2% e em São Paulo 58,4% (BRASIL, 20-?c).

### **3. OBJETIVOS**

O estudo teve como objetivo descrever a situação de saúde sexual com relação às IST e em especial da sífilis, da população de 12 até 24 anos (adolescentes e jovens) do município de Franco da Rocha, dando ênfase aos comportamentos de risco e a análise de perfis de gênero e sexualidade dos infectados, considerando também o impacto da covid-19 nesses.

#### **3.1. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos foram:

I – Descrever a situação geral de saúde sexual de adolescentes e jovens até 24 anos de Franco da Rocha, por meio da verificação de casos de IST;

II – Descrever a situação geral de saúde sexual de adolescentes e jovens até 24 anos de Franco da Rocha, por meio da busca de serviços para testagem e atendimento em IST, principalmente a sífilis;

III – Caracterizar o perfil de comportamental desses adolescentes e jovens quanto à exposição às IST (tanto os que buscam testagens, como os efetivamente atendidos com diagnóstico de sífilis), considerando, quando possível, o intercruzamento por sexo, identidade de gênero e orientação sexual;

IV – Caracterizar o perfil de comportamental desses adolescentes e jovens no município com relação a locais de socialização e de encontro afetivo-sexuais, inclusive de prostituição, que frequentam, considerando, quando possível, perfis comportamentais por sexo, identidade de gênero e orientação sexual;

V – Descrever o impacto da covid-19 nos comportamentos de exposição desses adolescentes e jovens às IST e, em especial à sífilis, bem como na busca de prevenção e tratamento dessas doenças.

## 4. MÉTODOS

O estudo compôs parceria estabelecida entre e a Secretaria de Saúde do Município de Franco da Rocha e o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que por meio de seu Programa de Especialização em Saúde Coletiva desenvolveu o projeto “Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha” para a formação e estágio de seus alunos da turma de 2021. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS), a partir do parecer 4.842.094, e utilizou-se de metodologia conjunta de (I) levantamento de indicadores de saúde junto à Secretaria de Saúde de Franco da Rocha com relação às IST; e (II) levantamento qualitativo de informações com informantes-chave da assistência à saúde do município.

### I) Levantamento de dados secundários de indicadores de saúde e IST:

Foram solicitados, junto à Vigilância Epidemiológica e o Centro COAS/CTA da Secretaria de Saúde do Município de Franco da Rocha:

- a) histórico de ocorrência das principais IST de notificação compulsória (HIV, sífilis, hepatite B), por faixas etárias que incluíssem adolescentes e jovens (casos entre 10 a 24 anos);
- b) perfil de busca de testes rápidos (de HIV, hepatites B e C e sífilis) por essas faixas etárias e pelo perfil de sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero;
- c) informações sobre quantidade de pacientes adolescentes e jovens atendidos com antirretrovirais no COAS do município que vivem com HIV;
- d) perfil de busca de PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV) e PREP (profilaxia pré-exposição ao HIV) por essas faixas etárias e pelo perfil de sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero;
- e) casos de busca de vacinação por IST (de hepatite B e HPV) por adolescentes e jovens;
- f) especificação dos casos de sífilis por situação de diagnóstico (adquirida; de gestantes) por faixa etária e de sífilis congênita por idade da mãe.

Esses dados foram analisados de forma descritiva de maneira a dar um painel da situação geral das infecções por IST entre adolescentes e jovens deste município, dando ênfase à infecção de sífilis e sua ocorrência entre este público, considerando ainda os perfis de sexo biológico, identidade de gênero e orientação sexual dos infectados (quando disponíveis) e também dos testados nesta doença, procurando avaliar exposições de risco e sua ocorrência entre

adolescentes e jovens lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais e travestis (LGBT).

**II) Fase Qualitativa de Entrevista com Gestores e Profissionais de Saúde de Serviços-Chave para Atenção em IST:**

Foram realizadas entrevistas em profundidade com gestores de saúde do município e do Programa de DST/Aids e de gestores e profissionais do Centro de Testagem e Acolhimento (CTA)/Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS) do município de Franco da Rocha, de forma a traçar um perfil de vulnerabilidade e ocorrência de casos de IST entre adolescentes e jovens. Essas entrevistas foram feitas de forma *online*, devido à orientação de distanciamento social provocada pela pandemia de covid-19, utilizando-se um roteiro de entrevista (Apêndice A deste documento) contendo perguntas sobre ocorrência de IST entre adolescentes e jovens, perfil de infectados pelas IST, por sexo, orientação sexual e identidade de gênero, perfil da busca por testes rápidos nos serviços da Atenção Básica e também no CTA/COAS, comportamentos de risco percebidos pelos profissionais quanto às buscas desses testes e também da PEP e da PREP e entre os infectados, comportamentos de risco, fatores de vulnerabilidade e impactos da pandemia de covid-19 nos comportamentos e busca de prevenção e tratamento de IST.

Os profissionais tiveram participação voluntária na pesquisa, atendendo aos critérios de ética em pesquisa pelos quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram autorizados a participar mediante a parceria estabelecida pelo Instituto de Saúde com a Secretaria de Saúde de Franco da Rocha; tendo liberdade para abandonar ou não responder a qualquer pergunta da entrevista, se assim desejassem.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas, utilizando-se a análise de conteúdo transversal (MINAYO, 2002), agrupando temáticas comuns dos diferentes entrevistados. Foram incluídas para a análise, 2 entrevistas que já haviam sido realizadas com gestores e profissionais da Casa da Mulher de Franco da Rocha – serviço que serve de referência para casos mais complexos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Os conteúdos analisados foram comparados e complementados com os dados de indicadores recebidos, de maneira a fornecer uma descrição mais precisa da situação de saúde sexual e IST, em especial da sífilis, entre adolescentes e jovens do município de Franco da Rocha e do impacto da epidemia de covid-19 nos comportamentos de risco, prevenção e atenção em saúde com relação a essas doenças.

## 5. RESULTADOS

### I - Perfil dos entrevistados

Foram feitas 6 entrevistas em profundidade com gestores e profissionais de saúde do Município de Franco da Rocha, conforme segue na tabela abaixo.

**Tabela 1 – Perfil dos entrevistados**

Entrevistado	Sexo/Gênero	Função/Cargo	Formação	Tipo de Serviço	Tempo no Serviço
A	Masculino	Vice-Secretário, gestor e profissional de saúde (Médico)	Medicina	Secretaria de Saúde/Coordenação de DST/HIV/Aids e Hepatites e CTA/SAE/COAS	11 anos
B	Feminino	Coordenadora, gestora e profissional de Saúde (Enfermeira)	Enfermagem	Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de DST/HIV/Aids e Hepatites e CTA/SAE/COAS	-
C	Feminino	Gestora e profissional de Saúde (Enfermeira)	Enfermagem	Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Casa da Mulher)	-
D	Feminino	Profissional de saúde (Médica)	Medicina	Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Casa da Mulher)	-
E	Masculino	Profissional de Saúde (Enfermeiro)	Enfermagem	UBS	-
F	Masculino	Profissional de Saúde (Médico)	Medicina	UBS	-

Além das entrevistas, indicadores de IST/HIV/aids de 2019 e 2020 foram fornecidos pela Vigilância Sanitária e pela Coordenação de DST/Aids, CTA/SAE/COAS do município de Franco da Rocha, informando o número de casos de infecções, principalmente de HIV, mas também de sífilis, de acordo com o grupo de exposição, quantidade de testes rápidos feitos e profilaxia pós-exposição (PEP) solicitadas.

## II - Panorama geral: IST no Município de Franco da Rocha

### *a) Fluxo de serviços e prevenção de IST:*

A Entrevistada D, ginecologista da Casa da Mulher, alega que recebe também adolescentes encaminhadas pelas UBS devido às dificuldades médicas das UBS de tratarem certos casos. Geralmente, recebe paciente que tem alguma patologia ginecológica, tratando-a por um ou dois anos e, após a estabilidade da saúde da paciente, esta é reencaminhada às UBS para acompanhamento de rotina. Também explica que testes rápidos não são feitos na Casa da Mulher, devido à grande demanda de gerenciamento do serviço, e faz-se encaminhamento para realização dos mesmos nas UBS. Em caso de gestantes, se a puérpera já é paciente da Casa da Mulher, ela realiza a consulta do pós-parto na unidade e depois é encaminhada a UBS novamente para acompanhamento.

Sobre o funcionamento do COAS, a Entrevistada B aponta que quando o paciente chega ao serviço pela primeira vez, o atendimento de enfermagem já preenche a notificação e realiza o cadastro, classificando se ele é HSH, bissexual, heterossexual, etc., preenchendo uma planilha interna, para ter um parâmetro do perfil de quantos pacientes atendem.

A Entrevistada B alega que, em Franco da Rocha, somente nos serviços de saúde é que são oferecidos os preservativos: em “todas as UBS e a UPA 24 horas”, sendo livre demanda e com oferta de caixas fechadas para quem se interessa em levar. Segundo a diretora, a equipe do COAS é formada por quatro profissionais:

*A enfermeira, a técnica, o médico infectologista e o administrativo. [...], então nós temos esses profissionais: um médico infectologista, que vem duas vezes por semana; a equipe de enfermagem, que está de segunda a sexta; e o administrativo (Entrevistada B).*

O Entrevistado F também afirma que nunca presenciou profissionais do sexo na UBS em que atua e que atende algumas em sua clínica ou via convênio, mostrando a baixa procura da Atenção Básica por este público ou, possivelmente, sua presença apenas em serviços específicos de IST, como o COAS.

### *b) Casos de HIV/Aids e busca da PEP*

Segundo os dados fornecidos pelo COAS de Franco da Rocha, há cerca de 500 casos de pessoas com HIV sendo acompanhadas, se tratando e tomando medicação antirretroviral. A maioria desses casos é referente a pessoas registradas, no cartão do SUS pelo sexo biológico,

não atestando a sua orientação sexual, o que faz com que um grande número seja identificado como heterossexual. Por isso os dados de orientação sexual não estão precisos, sendo identificados apenas entre os que realizaram testes rápidos e que verbalizaram tal identificação como homossexuais.

Desses 500 casos, 10 foram informados pelo serviço como sendo de mulheres trans, 5 delas residentes na “Casa de Trans” da Chácara do Rosário e outras 5 em outras áreas. É importante lembrar que mulheres transexuais e travestis ainda são registradas nos sistemas de notificação como HSH (homens que fazem sexo com homens), dentro da categoria de biológico “masculino”, sem diferenciação por gênero. Portanto, nas tabelas, mulheres trans em geral estão alocadas e contabilizadas dentro dessa mesma lógica.

A Tabela 2 aponta os casos de HIV/aids no município, mostrando que em 2019, o número de homens heterossexuais (3 casos) infectados foi maior que o número de homens homossexuais (1 caso), totalizando 4; enquanto apenas 1 mulher heterossexual foi infectada. Em 2020 os números diminuem (3 casos no total: 1 heterossexual e 2 homossexuais).

**Tabela 2 - Casos de HIV/aids no município de Franco da Rocha**

2020	<b>Sexo (Biológico)</b>	<b>MASC</b>	<b>FEM</b>
	<b>Total por sexo biolog</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
	<b>Total HIV no Coas</b>	<b>3</b>	
2019	<b>Sexo (Biológico)</b>	<b>MASC</b>	<b>FEM</b>
	<b>Total por sexo biolog</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
	<b>Total HIV no Coas</b>	<b>5</b>	

Esses casos totalizam, segundo o Entrevistado E, todos os casos de HIV municipais, inclusive os que chegam às UBS e que, após testagem de pessoas positivadas, são automaticamente encaminhados para o COAS, uma vez que na UBS só se trata sífilis e tuberculose.

Quanto à predominância de casos de acordo com faixa etária, o Gestor e Profissional de Saúde A, aponta que o público prevalente vivendo com HIV, segue a realidade do estado de São Paulo e do Brasil, entre 18 e 25 anos de idade, geralmente HSH. Este informante ressalta também que há menores de 18 anos com o mesmo diagnóstico, embora poucos, e alega que grande parte dessa população vive em baixas condições de renda e tem pouca instrução; embora afirme que há casos de pessoas que não vivem em situação de vulnerabilidade social entre os



infectados.

Este profissional afirma, que o que mais lhe preocupa é a “naturalidade” com que a população jovem recebe o diagnóstico, como algo que ocorria de qualquer modo, o que acredita ser uma “banalização do HIV”, sendo também uma população que aceita tratamento com muita facilidade.

A busca pela PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV)<sup>I</sup> (Tabela 3), em 2019 e 2020, foi feita predominantemente por homens, 66,7% (14 casos), tanto homossexuais como heterossexuais, além de 1 mulher transexual, embora em 2019 33,3% dos casos tenha da busca tenha sido de feminina.

O Entrevistado E informa que a PEP não é disponibilizada nas UBSs e todos os casos de procura são encaminhados ao Pronto Socorro ou para o COAS.

**Tabela 3 - Busca de PEP no COAS no município de Franco da Rocha**

2020	SEXO (biológico)	MASC	FEM
	Total por sexo biológ	17	0
Total de PEP		17	
2019	SEXO (biológico)	MASC	FEM
	Total por sexo biológ	14	7
Total de PEP		21	

Os casos detectados nas UBS, geralmente incluem mulheres gestantes HIV, conforme o Entrevistado E, uma vez que a testagem é obrigatória durante o pré-natal. Em 2020, 7 mulheres gestantes vivendo com HIV foram diagnosticadas e, em 2021, 5; todas encaminhadas para o COAS para acompanhamento com antirretrovirais, inclusive para evitar a transmissão vertical de seus bebês. Este profissional reforça que o número está subestimado e que deve corresponder, na verdade, a umas 10 pessoas entre gestantes, seus parceiros e outros infectados que somam 2 ou 3 casos.

Segundo a Entrevistada B, as gestantes atendidas no COAS estão na faixa etária de 28 a 32 anos, com uma gravidez que não é planejada. Ela ainda aponta que houve somente um caso de infecção do bebê, há muitos anos no município; criança nascida que hoje se encontra com 28 anos. Todas essas mulheres retiram fórmula láctea para substituir a amamentação (7

---

<sup>I</sup> A PEP é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Ver mais em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-0>).

mulheres em 2020; e 5 até dezembro de 2021).

A população principal que busca o atendimento do COAS, segundo a Entrevistada B é a população adulta, acima de 35 anos, principalmente para a testagem e o atendimento contínuo dos que já se infectaram no passado. No entanto, há muitos jovens que procuram o serviço para aquisição da PEP e, inclusive, alguns chegam a utilizar a PEP repetidamente, quase como uma PrEP, visto que esta última não é fornecida no município e que ainda está em processo de implementação; há encaminhamento para sua retirada no município de São Paulo, nos serviços de DST/Aids de Pirituba ou da Lapa, ou no município de Francisco Morato

Quanto à adesão aos antirretrovirais, a Entrevistada B alega que, no começo, os pacientes são resistentes ao tratamento até passarem a confiar no serviço. Isso, por sua vez, acarreta em atrasos e esquecimentos com relação ao uso da medicação. Dos motivos principais do atraso ou falta de adesão é a inibição no momento de retirada do medicamento:

*[...]alguns pacientes relatam que o profissional da farmácia é um amigo, é um vizinho, é um conhecido de um conhecido e tem vergonha, ou porque veio aqui uma vez retirar a medicação e encontrou o vizinho na fila, então essas são as falas que eles nos trazem. (Entrevistada B).*

### **c) Hepatites B e C**

Quanto às hepatites B e C, o Entrevistado E afirma que elas raramente aparecem na UBS que atua e, quando detectadas, os pacientes são encaminhados para um infectologista para acompanhamento, já que essas duas hepatites não são tratadas nas Unidades Básicas de Saúde.

Segundo a Tabela 4, quanto à hepatite B, o município de Franco da Rocha apresentou uma maior quantidade de registro de pessoas infectadas em 2020 do que em 2019, tendo uma maior concentração de infectados entre pessoas do sexo masculino nos dois anos.

Quanto à faixa etária, não há informação suficiente para definir a concentração, uma vez que os indicadores fornecidos pelo município não especificaram esse detalhamento. É importante salientar que não houve casos de gestantes com hepatite B, conforme Vigilância Sanitária do município.

Segundo a Tabela 4, as UBS em geral, notificam a maioria dos casos de hepatite B, enquanto pouquíssimos casos notificam a infecção.

**Tabela 4 – Casos de Hepatite B em 2019 e 2020**

	Ano	10 a 14 anos			15 a 19 anos			20 a 24 anos			25 anos ou mais			Total			Total nos 2 sexos
		Sexo (biológico)		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
		mulher	trans													Cis	
2020	Só coas	-	-	-	?	-	-	?	-	-	?	-	-	1	-	-	1
	Outros serv	-	-	-	-	?	?	-	?	?	-	?	?	1	6		7
	<b>Total 2020</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6		8
2019	Só coas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1
	Outros serv	-	-	-	?	?	?	?	?	?	?	?	?	2	4		6
	<b>Total 2019</b>	-	-	-	?	?	?	?	?	?	?	?	?	3	4		7

O Entrevistado A, que atua no COAS, afirma que há raros casos de hepatite B no público jovem e ela é mais presente no grupo de mais idade:

*Eu não vou lembrar de cabeça, mas de 18 a 25 anos se tiver meia dúzia de paciente com Hepatite B, seja coinfectado ou Hepatite B exclusiva, é muito por conta da vacinação, isso ajuda muito, em geral, como já faz parte do calendário vacinal desde quando nasce, é uma forma assim, que nos jovens a gente praticamente não vê caso de Hepatite, é um ou outro. É uma doença de maior prevalência no grupo de mais idade. (Entrevistado A).*

Nesse sentido, segundo o médico, a hepatite B é menos presente entre jovens justamente por conta do calendário vacinal, que inclui a vacina contra esta doença desde a maternidade. O Entrevistado A também afirma que a dose convencional orientada para ser tomada aos 15 anos não é tão comumente realizada, sendo feito mais o esquema básico das 3 doses no nascimento.

O Entrevistado E também alega que doses adicionais só são aplicadas na sua UBS quando a sorologia apresenta alteração da dosagem vacinal necessária. O que, conforme a Entrevistada B, ocorre raramente, uma vez que ela afirma que a adesão à vacinação no município é expressiva: “Não há falta de vacina”, embora reforce que não há procura de reforço pela população adolescente de 15 e 16 anos, que só procura o serviço “na base do choro com a mãe”.

No COAS, em 2019 e 2020, foram diagnosticados e tratados pouquíssimos casos de hepatite B (Tabela 4); entretanto, casos foram detectados pelas UBS, geralmente em campanhas de testagem rápida feita na cidade, segundo o Entrevistado E, e imediatamente encaminhadas para tratamento no COAS:

*[...]já veio de um outro serviço, veio de uma testagem rápida que estava tendo em campanha [...], a gente fez todos os testes, a gente entra em contato com o COAS e manda para o COAS. Era um senhor já de idade, tinha uns 55 anos mais ou menos. (Entrevistado E).*

Relativo à hepatite C, o Entrevistado A afirma que há uma questão importante que permeia seus casos e que está relacionada a sua categorização enquanto uma IST. Segundo ele, a transmissão sexual dela não é a principal via de infecção, o que faz alguns a considerarem uma IST e outros não.

A Entrevistada B explica que a hepatite C está mais presente no município do que a hepatite B, principalmente entre a população heterossexual que alguma vez fez utilização de drogas injetáveis. Nesse sentido, segundo a entrevistada, HSH não é o principal público acometido por essa infecção.

*Nós temos dois casos de hepatite C que no seu histórico tem uso de droga injetável [...] nós temos dois casos de criança de hepatite C, por transmissão vertical.* (Entrevistada B).

Porém, o Entrevistado A enfatiza que no grupo HSH, a transmissão da hepatite B, se acompanhados os atendidos no COAS é sim expressiva, estando também presente entre jovens, nos últimos anos. Também entre a população trans, o contexto da infecção é o mesmo contexto de risco da população HSH, embora esta população não seja muito presente no serviço.

#### **d) HPV**

Como o HPV não é uma infecção de notificação compulsória, a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Franco da Rocha não pôde disponibilizar dados sobre esta infecção. Entretanto, nas entrevistas, foram destacados alguns pontos principais como a alta prevalência do vírus entre a população do município, independentemente da idade. A Entrevistada C, que atua na Casa da Mulher, enfatiza:

*HPV tem bastante, não só em adolescentes, como nas outras idades. Campeão aqui de atendimento é HPV.* (Entrevistada C)

Essa limitação se impõe, apesar desta entrevistada salientar que o HPV é a IST mais frequente de ser diagnosticada no serviço não somente em adolescentes, mas também em outras faixas etárias. Também a Entrevistada C, outra profissional que atua na Casa da Mulher, enfatiza a percepção de número de casos bastante relevante entre adolescentes, embora ateste que esse público não mostre resistência com relação à vacina contra a infecção dos HPV's mais cancerígenos:

*Quando a adolescente vem acompanhada da mãe normalmente a mãe pergunta né?! A adolescente em si quando vem sozinha, vem porque já foi encaminhada que tá com verruga tal e a gente fala da vacina, mas não vejo resistência. Ao contrário, existe uma pergunta a respeito de temos vacina, como é que tá? Entendeu?! Eu queria*

*vacinar depois que eu já peguei HPV, eu preciso vacinar? Esse tipo de coisa.*  
(Entrevistada C)

Nas UBS, as meninas são atendidas por médicos generalistas em geral (apenas algumas UBS possuem ginecologistas) e encaminhadas para ginecologistas de outras UBS ou da Casa da Mulher, como atesta o Entrevistado E, que explica que os profissionais, em geral, fazem a parte preventiva de detecção, mas não o tratamento completo:

*A gente aqui faz a parte preventiva, o Papanicolau. Então, quando a gente faz o Papanicolau, pelo menos quando eu vejo alguma lesão, alguma coisa assim, a gente passa direto com o ginecologista. Então questão de HPV, não é feito aqui na unidade, na unidade a gente só faz detecção. Eles mandam para a praça da saúde para poder fazer o tratamento.* (Entrevistado E)

A vacinação é indicada, conforme o Entrevistado F, inclusive durante a gestação e, também, conforme o Entrevistado A, dada no COAS para adolescentes e jovens até 29 anos HSH, mesmo na presença de sintomas. Já entre os meninos, os casos de HPV são encaminhados para um urologista, no ambulatório de especialidades ou para o COAS.

Com relação à vacinação de HPV, o Entrevistado E afirma acreditar que a população em geral tem dificuldade de chegar ao serviço, explicando que não há uma mentalidade alinhada à prevenção entre a população:

*[...]na população normal, é até um pouco difícil vir. Eles vêm mais quem precisa comprovar no serviço, eles não têm essa mentalidade da parte preventiva ainda, mas a gente sempre orienta. Então, o paciente, para tomar a de tétano, só se ele fizer um corte, é mais ou menos assim* (Entrevistado E).

O Entrevistado E afirma que a data limite da primeira dose do HPV – de até 15 anos, faz com que algumas pessoas percam sua utilização, embora a maioria da população que frequenta a UBS em que trabalha é vacinada. Relata que já presenciou casos de gestante com 15 anos que não tomou a primeira dose, e que nesses casos, faz o reforço. Nesse mesmo cenário, segundo o Entrevistado F que atua em UBS, são poucas as pessoas que tem registro de vacinação de HPV na carteirinha.

Outro profissional que atua em UBS relata que não é possível afirmar a forma de infecção das mulheres, se foi via parceiro fixo ou não, porque a doença não tem uma manifestação imediata. Ela só é detectada de forma precoce se a paciente tem algum problema imunológico, o que faz a doença se manifestar mais rápido. Reforça:

*Nesses casos geralmente pedimos para que o parceiro, eu pelo menos peço para que o parceiro, passe por avaliação de um urologista porque senão não tem sentido tratar só ela e deixar o parceiro de lado. Fica difícil de responder se eles realmente passam*

*com um urologista porque a gente geralmente não tem referência para Urologia e é eu até oriento ela pra procurar um urologista, não ficar nessa de tratar em farmácia ou procurar clínico, porque clínico não sabe tratar. (Entrevistado F)*

O Entrevistado F acredita que se deve procurar um especialista para tratar o HPV, principalmente em casos mais graves, como quando há um condiloma<sup>II</sup>, indicando a necessidade de sua especialidade, a Ginecologia. Em casos leves, o tratamento é realizado na própria UBS, quando são lesões pequenas e possíveis de serem cauterizadas ou quando podem ser removidas através de medicação. Também, muitas vezes, há uma lesão na região da vulva que pode até se estender para a região anal, quando o caso é encaminhado para um infectologista.

A Entrevistada D ressalta que no caso de meninos, os profissionais encaminham o tratamento para um urologista, no ambulatório de especialidades ou para o COAS. Segundo o Entrevistado A, o atendimento no COAS depende do tipo de lesão causada pelo HPV, o que pode necessitar inclusive de para um proctologista no ambulatório de especialidades.

Também cabe ressaltar que a medicação para a realização da cauterização ou casos leves não está disponível em todas as UBS, fazendo com que, na maioria, o paciente tenha que ser encaminhado para fazer a compra em uma farmácia de manipulação.

O perfil de pessoas com HPV é geralmente jovem, tanto com parceiros fixos quanto sem:

*Algumas vezes já vem com a doença, você vê as verrugas do condiloma, algumas vezes a gente consegue identificar no Papanicolau, pegamos o resultado com suspeita de Papanicolau, pedimos para encaminhar, coisa desse tipo. Aparece algumas vezes, é raro, mas aparece (condiloma anal) (Entrevistado F).*

Entre as pessoas que vivem com HIV, a Entrevistada B aponta que a coinfeção por HPV é pequena e que também não há muitas meninas tratando HPV no COAS.

Em se tratando de casos de carcinoma de colo de útero, o Entrevistado A alega que possui apenas 1 caso de uma senhora de 63 anos de idade que é soropositiva há 20 anos, e que está em fase de quimioterapia e outros tratamentos. Este entrevistado afirma também que, especialmente nos homens HSH, o câncer do reto vem sendo diagnosticado.

---

II O condiloma acuminado, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista, é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pelo Papilomavírus humano (HPV). (<https://bvsm.s.saude.gov.br> > condiloma-acuminado-hpv).

### **e) Outras IST**

Ao que tange outras IST, segundo a Entrevistada D, que atua na Casa da Mulher, aparecem ainda casos de mulheres com *Gardnerella*<sup>III</sup>, *Trichomonas*<sup>IV</sup>, clamídia<sup>V</sup> e outras queixas ginecológicas, incluindo corrimentos. Na UBS que atua, segundo o Entrevistado F também aparecem suspeitas de clamídia e gonorreia<sup>VI</sup> que, por sua vez, não são diagnosticadas por exames laboratoriais, uma vez que ele afirma que não existem laboratórios que faça os exames de identificação para essas doenças. Além dessas, pontua o aparecimento de algumas outras infecções:

*Para a tricomoníase, peço a bacterioscopia e algumas vezes conseguimos identificar a tricomoníase em Papanicolau. Não é a finalidade do exame. Pode até aparecer e quando temos uma infecção grande de tricomoníase, até no exame de urina conseguimos identificar a doença. Herpes genital também pode aparecer, existem os casos sazonais, essas coisas tudo que tem período que aparece mais, período que aparece menos. Aparece em número pequeno, mas aparece (Entrevistado F).*

O Entrevistado A aponta que a Síndrome de Corrimento Uretral, Vaginal e Cervical vinha sendo encaminhada para o COAS e que hoje em dia, as próprias UBS lidam com esse tipo de IST. Ressalta, inclusive, que a síndrome de corrimento está acometendo homens heterossexuais e adesão ao tratamento é relevante.

## **III – A Realidade da sífilis no Município de Franco da Rocha**

### **a) Detecção e atenção:**

O Entrevistado A relata que a Atenção Básica inteira de Franco da Rocha lida com a sífilis hoje e que os casos da infecção são tratados nas próprias UBSs. Os trabalhos feitos no município anteriormente focavam principalmente na sífilis em gestantes, já que, segundo ele,

---

<sup>III</sup> A *Gardnerella vaginalis* e a *Gardnerella mobiluncus* são duas bactérias que normalmente vivem na vagina sem causar qualquer tipo de sintoma. No entanto, quando se multiplicam de forma exagerada, podem causar uma infecção conhecida popularmente como vaginose bacteriana, que levam à produção de corrimento branco-acinzentado e de cheiro forte. (Ver mais em: <https://www.tuasaude.com/gardnerella/>).

<sup>IV</sup> Protozoário flagelado causador da tricomoníase, que constitui uma doença venérea cosmopolita incidente em proporções elevadas em mulheres adultas. O parasito tem como habitat a vagina, bem como a uretra e a próstata do homem. (Ver mais em: <http://www.ufrgs.br/para-site/siteantigo/Imagensatlas/Protozoa/Trichomonasvaginalis.htm>).

<sup>V</sup> Clamídia é a IST de maior prevalência no mundo. Ela é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que pode infectar homens e mulheres e ser transmitida da mãe para o feto na passagem pelo canal do parto. A infecção atinge especialmente a uretra e órgãos genitais, mas pode acometer a região anal, a faringe e ser responsável por doenças pulmonares. (Ver mais em: <https://bityli.com/uASNk>).

<sup>VI</sup> Gonorreia é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, popularmente chamada de gonococo. Ela também pode passar da mãe para o bebê durante o parto. (Ver mais em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-e-gonorreia/>).

o número de casos da infecção é absurdo. Esse trabalho de prevenção sempre foi coordenado pelo COAS/CTA do município que agora tenta orientar mais as UBSs a fomentar a prevenção dentro das unidades periféricas; embora grande parte das ações fiquem muito centralizadas no CTA. Têm tentado envolver mais campanhas de testagem rápida ou de alguma outra ação, envolvendo, inclusive, os agentes comunitários de saúde (ACS). Alega também, que as duas maneiras principais de realização do teste rápido de IST no município de Franco da Rocha é nas UBS e no próprio CTA.

Na UBS em que atua o Entrevistado F, ele informa que o *Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)*<sup>VII</sup> é feito como forma de diagnóstico e controle da sífilis. Segundo ele, sem esse exame não se sabe o *status* da infecção; isto é, não é possível saber se a infecção está em atividade ou se é uma infecção recidiva.

Quanto à busca ativa e controle da sífilis, o Entrevistado F afirma que, em Franco da Rocha, não está sendo possível fazer um trabalho de busca ativa de casos de sífilis, principalmente de parceiros não identificados, devido à falta de recursos humanos, tal como é feita pela Prefeitura de São Paulo:

*Eu trabalho na prefeitura de São Paulo também, na unidade que eu estava a gente tinha um grupo em que a gente se tinha esse tipo de trabalho e logo que identificavam, essa paciente era cadastrada, era feita a notificação, a enfermagem passava para a gente e tratávamos, acompanhávamos mensalmente. Enfermagem também fazendo os testes para ver qual era o comportamento da doença. Acompanhamos essa paciente até depois do parto. Agora aqui na prefeitura de Franco, não estamos conseguindo fazer isso (Entrevistado F).*

Com relação a outras dificuldades para a efetivação do diagnóstico da doença, o Entrevistado F pontua a questão da rotatividade de pessoal, que atrapalha a continuidade de busca de casos e realização de testagens e campanhas. Assim, a falta de um profissional fixo na unidade compromete o serviço e descontinua os trabalhos.

Também há casos de gestantes com sífilis e, nesses casos, independente da testagem ou resultado de testagem positiva do parceiro, há orientação para que seja feito o tratamento do casal., encaminhando o parceiro para a realização de exames se diagnóstico e tratamento.

---

VII Exame laboratorial que tem como objetivo diagnosticar e monitorar a resposta ao tratamento para sífilis a partir de uma coleta de sangue (<https://www.tuasaude.com/exame-vdrl/>).



Na UBS em que atua, o Entrevistado E explica que ao realizar o pré-natal se fazem os testes rápidos e o VDRL, enquanto uma determinação do Ministério da Saúde, envolvendo também os parceiros, se houver:

*Então, automaticamente, quando dá positivo, a gente trata o parceiro, mesmo estando negativo ou não, a gente pede o VDRL, mas a gente já entra com o tratamento também para os dois (Entrevistado E).*

O tratamento da sífilis na unidade se realiza imediatamente após o teste rápido e o resultado positivo, fazendo parte da carteirinha, segundo o Entrevistado E.

#### **b) Busca dos Serviços e Testes Rápidos**

É importante também salientar que quando há busca do COAS de Franco da Rocha para a aquisição da PEP contra o HIV, todas as pessoas realizam a testagem da sífilis, junto às outras IST disponíveis, o que nos anos de 2019 e 2020 representaram um total de testagens predominantemente masculino (66,7% e 33,3% do total, respectivamente):

**Tabela 5 – Pessoas que Buscaram a PEP no COAS e que foram submetidas a testagem de sífilis**

	<b>Sexo (Biológico)</b>	<b>MASC</b>		<b>FEM</b>	
	<b>Categoria de exposição</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2020	Heterossexual	6	35,3	0	0,0
	Homossexual	8	47,1	0	0,0
	Bissexual	1	5,9	0	0,0
	Indeterminado	1	5,9	0	0,0
	Trans	1	5,9	0	0,0
	<b>Total por sexo biol.</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
	<b>Total de PEP</b>	<b>17</b>			
2019	<b>Sexo (Biológico)</b>	<b>MASC</b>		<b>FEM</b>	
	<b>Categoria de exposição</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	Heterossexual	7	33,3	7	33,3
	Homossexual	7	33,3	0	0,0
	Bissexual	0	0,0	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0	0	0,0
	Trans	0	0,0	0	0,0
	<b>Total por sexo biol.</b>	<b>14</b>	<b>66,7</b>	<b>7</b>	<b>33,3</b>
<b>Total de PEP</b>	<b>21</b>				

De forma geral, a realização dos testes rápidos de HIV é feita para além da busca da PEP. A Tabela 6 revela que, no ano de 2019, a grande maioria dos registros de realização dos testes rápidos que envolvia HIV, sífilis e hepatites B e C no COAS era de pessoas heterossexuais (109 homens, 45% e 72 mulheres, 29,8%), com maior concentração em pessoas

do sexo biológico masculino (69,4% do total), incluindo uma mulher trans. O total deste ano foi de 242 testes.

Já no ano de 2020, o total de busca de teste diminuiu para 89, com uma maioria de pessoas também do sexo biológico masculino: 36 homens heterossexuais (40,4% do total), 28 homossexuais (31,5% do total), 2 bissexuais (2,2% do total) e 1 mulher trans (1,1% do total); enquanto o número de pessoas do sexo biológico feminino é 22, que equivale a 24,7% do total (21 mulheres heterossexuais, representando 23,6% do total e 1 mulher bissexual, representando 1,1% do total).

**Tabela 6 – Testes rápidos coletados em 2019 e 2020 apenas no COAS (HIV, sífilis e hepatites B e C)**

	Sexo (Biológico)	MASC		FEM	
	Categoria de exposição	n	%	n	%
2020	Heterossexual	36	40,4	21	23,6
	Homossexual	28	31,5	0	0,0
	Bissexual	2	2,2	1	1,1
	Trans	1 (mulher trans)	1,1	0	0,0
	<b>Total por categoria</b>	67	75,3	22	24,7
	<b>Total geral de testes</b>	<b>89</b>			
	Sexo (Biológico)	MASC		FEM	
	Categoria de exposição	n	%	n	%
2019	Heterossexual	109	45,0	72	29,8
	Homossexual	58	24,0	1	0,4
	Bissexual	0	0,0	1	0,4
	Trans	1 (mulher trans)	0,4	0	0,0
	<b>Total</b>	168	69,4	74	30,6
	<b>Total geral de testes</b>	<b>242</b>			

No COAS, o Entrevistado A ressalta que o público heterossexual solteiro que tem atividade sexual de risco, costuma fazer o teste rápido, entretanto, a maior parte dos testes são feitos por HSH, que se expõem e seguem uma rotina de acompanhamento e tratamento. A Entrevistada B também reforça que há uma grande busca de testes rápidos pelo público heterossexual, uma vez que eles se expõem em relações extraconjugais. Além disso, há uma população que faz o teste a cada seis meses, realizando um monitoramento necessário constantemente.

A Entrevistada B aponta que jovens *gays*, geralmente, já têm todas as informações sobre os testes rápidos e que durante as testagens não gostam de dar muitas informações por questões

de integridade e medo de exposição, por isso nem sempre respondem a todas as questões perguntadas.

Reforçando os dados, o Entrevistado E, afirma que, nas UBS, a população *gay* faz grande procura dos testes rápidos. Segundo ele, somente no mês de setembro de 2020 foram feitos 64 testes rápidos entre gestantes, e população de demanda espontânea, em que mais ou menos 22 pessoas eram homossexuais.

Quanto aos pedidos de teste rápido para parceiros de gestantes, o Entrevistado F alega que, na prática, praticamente não é feito, apesar de que deveria ser rotina o pedido dos exames e, inclusive, na própria realização do pré-natal do parceiro. Explica que quando algum exame de saúde da mulher ou de algum parceiro que realizou se altera, são pedidos mais exames adequados para avaliação, incluindo o de sífilis.

Também, o Entrevistado E afirma que os casos de Sífilis têm um número expressivo e mostra dúvida na abordagem de adolescente quanto à infecção:

*Igual, pegamos uma gestante de 15 anos, que ela veio acompanhada do namorado, ela não mora com a mãe, e estava com sífilis positiva. Para a gente, a gente fica até um pouco sem saber como agir nessa forma, por causa que ela não tem uma pessoa legalmente por trás dela, apenas ela e o namorado. Então a gente fica super em dúvida nesse tipo de abordagem (Entrevistado E).*

Aponta também que o acompanhamento da reincidência da sífilis nas UBSs não é uma tarefa fácil. Pontua que é mais fácil acompanhar a infecção quando é uma gestante, na regularidade das consultas, mas no pós-parto o acompanhamento quase não acontece.

### **c) Perfil dos infectados por Sífilis**

O perfil predominante dos pacientes com sífilis na UBS em que atua o Entrevistado E, é de pessoas jovens, na maioria, mulheres detectadas por conta da realização do pré-natal, nem todas possuindo parceiro fixo. Segundo ele são pessoas pardas e de classe baixa, de comunidades ao entorno do serviço que são SUS-dependentes:

*Geralmente, são pardos. Nessa unidade que a gente trabalha, a gente tem duas classes, a gente tem uma comunidade que a gente atende. E é esse povo que a gente mais atende. [...]. Esse pessoal, eles procuram bastante a gente aqui, porque eles dependem muito do SUS. O pessoal da classe média, da alta classe, dificilmente vem procurar a gente, porque geralmente tem convênio, tem essa questão. (Entrevistado E).*

O Entrevistado F reforça que, na UBS em que atua, a faixa etária que mais aparece com sífilis é a jovem. Ele tem observado um número crescente de gestantes com a doença, que

passam a ser acompanhadas mensalmente e que, às vezes, chegam ao serviço com sífilis em atividade ou com cicatriz. Essas gestantes, segundo ele, geralmente têm parceiro fixo e, em algumas vezes, por isso o fato de ter contraído a infecção gera atrito familiar por dúvidas de fidelidade.

Também chegam no serviço algumas gestantes menores de idade, ainda que em número menor, conforme o Entrevistado F. Ele aponta que há um índice crescente de gestantes adolescentes na região e, com isso, um crescimento no número de casos de sífilis entre gestantes. Das que não são gestantes, algumas queixas são, principalmente, sobre uma possível traição do parceiro, quando solicitam os exames e testes rápidos para averiguar uma possível infecção ou não.

O Entrevistado E salienta também que algumas mulheres em “situação de promiscuidade” aparecem no serviço para verificar IST, mas não profissionais do sexo, e exemplifica o caso, citando uma mulher com transtornos mentais que possuía mais de 6 filhos, sendo cada um com um parceiro diferente.

Segundo o Entrevistado A, no COAS há jovens geralmente na faixa etária de 18 a 25 anos ou beirando os 30, tendo relacionamento fixo e morando junto com parceiros. O público mais adolescente, em geral, mora com os pais e, comumente, quando são *gays*, suas famílias costumam saber.

No COAS, recebem muitos casos de infecção e coinfeção de sífilis:

*[...]veio um ajuntado e eu falei “deixa eu ver” o público jovem, HSH. Quem é soropositivo que trata, que tenha cicatriz sorológica das sífilis, ou seja, que já teve sífilis na vida e tratou, que tem que tratar... Esse percentual é maior que 50% para você ter ideia (Entrevistado A).*

Nesse sentido, o Entrevistado A afirma que, tanto o público de entrada quanto os reincidentes representam 50% dos casos de todo o COAS, ao que tange a esta infecção. Já a Entrevistada B reforça que a coinfeção mais comum no COAS é a sífilis e alega que este serviço trabalha com uma população mais vulnerável, isto é, com HSH, incluindo transexuais e travestis. No entanto, salienta que quando em caso de infecções diagnosticadas em UBS, o público é acolhido nela, que igualmente detectam muitos casos de sífilis na população heterossexual.

#### d) Casos de Sífilis Contabilizados

Conforme Tabela 7, no COAS, em 2019, da quantidade de casos de sífilis diagnosticados, a maioria de 20 casos (83,3%), se deu entre homens no geral, sendo superior ao número de mulheres: 4 casos (16,7%) verificados entre as heterossexuais; 12 desses casos (50% do total) entre homens eram de homossexuais e 8 casos (33,3%) entre homens heterossexuais. Em 2020, a quantidade de homens homo e bissexuais diagnosticados com Sífilis foi maior, com 5 casos (55,6% do total), enquanto houve apenas 2 casos (22,2%) entre homens heterossexuais e igualmente apenas 2 mulheres heterossexuais (22,2%).

**Tabela 7 - Casos de sífilis no COAS**

	Sexo (Biológico)	MASC		FEM	
	Categoria de exposição	n	%	n	%
2020	Heterossexual	2	22,2	2	22,2
	Homossexual	4	44,4	0	0,0
	Bissexual	1	11,1	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0	0	0,0
	Trans	0	0,0	0	0,0
	<b>Total por sexo biolog</b>	7	77,8	2	22,2
	<b>Total casos sífilis COAS</b>	<b>9</b>			
2019	Heterossexual	8	33,3	4	16,7
	Homossexual	12	50,0	0	0,0
	Bissexual	0	0,0	0	0,0
	Indeterminado	0	0,0	0	0,0
	Trans	0	0,0	0	0,0
	<b>Total por sexo biolog</b>	20	83,3	4	16,7
	<b>Total casos sífilis COAS</b>	<b>24</b>			

Segundo Tabela 8, no município em geral, totalizando casos de Sífilis diagnosticados via teste rápido no COAS, somados aos casos detectados em UBS, o número de casos foi menor em 2019, que teve 79 casos, do que em 2020, que teve 87 casos, ainda que o DATASUS contabilize 131 casos para 2019 e 110 para 2020. Segundo informações do COAS, esses casos a mais são notificações de anos anteriores (achados que não haviam sido registrados).

Deste modo, considerando informações da Vigilância Epidemiológica, as UBS registram 55 e 76 casos, respectivamente em 2019 e 2020, além dos, respectivamente 52 e 23 casos desconhecidos notificados no DATASUS (Tabela 8). Nos dois anos, a maior concentração de casos está em pessoas do sexo biológico masculino - sendo importante frisar que as UBS não anotam a orientação sexual nem a identidade de gênero - não somente no

COAS, como também nas UBS.

As faixas etárias com maior número de casos, ao contrário da orientação e identidade sexual, só são registradas nas notificações gerais de UBS e não no COAS. Tanto em 2019 como em 2020, considerando, portanto, os dados apenas das UBS, se observa casos entre adolescentes, acometendo as meninas em geral. Porém, em 2019, a maioria dos infectados diagnosticados, 21 casos (38,1%), estava entre 20 e 24 anos e 18 casos (32,7%) na faixa de 25 anos ou mais e em 2020, com 23 casos (38,2%) e 45 casos (59,2), respectivamente, nessas mesmas faixas etárias.

**Tabela 8 - Casos de Sífilis (Total do Município)**

	Fx etária	10 a 14 anos				15 a 19 anos				20 a 24 anos				25 anos ou mais				Total				Total nos 2 sexos
		Sexo		F		M		F		M		F		M		F		M				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
2020	Só coas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18,2	9	81,8	11
	Outros serv	2	2,6	-	-	4	5,3	2	2,6	9	11,8	14	18,4	15	19,7	30	39,5	30	39,5	46	60,5	76
	Total 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	36,8	55	63,2
2019	Só coas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	16,7	20	83,3	24
	Outros serv	-	-	9	16,4	6	10,9	1	1,8	8	14,5	13	23,6	18	32,7	-	-	32	58,2	23	41,8	55
	Total 2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	45,6	43	54,4	79 (Datusus contabiliza 131)

Ao que tange a Sífilis terciária, a Entrevistada B pontua já tiveram casos no município, mas que no momento, há apenas três casos de sequelados pela neurosífilis em que um está acamado.

**e) A Sífilis entre Gestantes**

Considerando a sífilis em gestantes, a Tabela 9 mostra que no ano de 2019, os casos totalizam 34, enquanto que, em 2020, o total foi de 50. Em nenhum dos anos foi registrado sífilis em gestantes com HIV.

A faixa etária predominante entre os infectados foi de 25 anos ou mais anos: 16 casos (47,1%) em 2019 e 20 casos (40,0%) em 2020, tendo grande concentração também nas faixas

etárias de 15 a 19 anos, com 9 casos (26,5%) em 2019 e 14 casos (28,0%) em 2020 e entre 20 e 24 anos, com 8 casos (23,5%) em 2019 e 16 casos (32,0%) em 2020.

**Tabela 9 - Casos de Sífilis em Gestantes e em Gestantes HIV em 2019 e 2020.**

	Faixa Etária	10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos		25 anos ou mais		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2020	Total casos	-	-	14	28,0	16	32,0	20	40,0	50	100,0
	Só Gestante HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	Total em Gestantes	-	-	9	26,5	8	23,5	16	47,1	34	100,0
	Só Gestantes HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

### f) O Tratamento da Sífilis

Quanto à adesão ao tratamento de sífilis, o Entrevistado E alega que, na UBS, as orientações são dadas, principalmente àquelas que estão fazendo o pré-natal.

A Entrevistada B alega que o tratamento é feito rigorosamente, com algumas exceções. Segundo ela, em poucos casos de resistência ao tratamento, o Agente Comunitário de Saúde faz a visita em domicílio junto com o enfermeiro para aplicação da medicação. Explica que, geralmente, quando o paciente não comparece ao posto de saúde para tomar a medicação é por algum compromisso inadiável, ou por esquecimento e medo da dor. Em outros casos, afirma que os parceiros, comumente, não aderem ao tratamento por medo da injeção:

*[...]a gente percebe também essa questão do tabu em relação a Benzetacil, que é uma medicação dolorosa. Só que nós procuramos sempre orientar que é melhor aquela dor da aplicação do que ele em um leito, dependendo dos outros (Entrevistada B).*

O Entrevistado E, afirma que, frente a uma lesão, muitos homens procuram o Pronto Socorro e não a UBS. Também afirma que há maior resistência dos parceiros em fazer o tratamento, em todas as faixas etárias. Acredita que esta rejeição seja pelo medo da injeção ou indisponibilidade para comparecer ao posto de saúde, devido ao horário de trabalho. Enfatiza que é bem difícil lidar com casais em que os testes não têm resultados iguais:

*Porque quem está positivo acha que pegou do parceiro, e o parceiro que está negativo acha que pegou da parceira, então tem um monte de questão que precisa ser trabalhada, a gente precisa saber o que fala para não gerar nenhum tipo de conflito para esse tipo de pessoas (Entrevistado E).*

Da mesma forma o Entrevistado F também afirma que há maior dificuldade em tratar os parceiros que, muitas vezes, desaparecem. Nessa situação, na UBS em que atua, costuma-se identificar e tratar somente a paciente.

Referindo-se às gestantes com sífilis, o Entrevistado F diz que o tratamento para a infecção é feito corretamente e que, em alguns casos, não se trata o parceiro. Embora afirme que na maioria das vezes, o casal é tratado.

*Quando não localizamos o parceiro é porque eles se separaram e ela já não tem mais contato com ele. Fica mais difícil de localizar, porque ela não tem interesse em estar indo atrás, porque teve algum tipo de atrito com o parceiro e não quer contato com ele, e aí a gente perde a essa possibilidade de estar indo atrás de um parceiro para tratar e também porque infelizmente ele vai estar passando para outras pessoas (Entrevistado F).*

Já na Casa da Mulher, conforme a Entrevistada C, entre adolescentes não há muitos casos de sífilis, embora sejam presentes. Nos casos de sífilis em adolescentes que chegam ao serviço, a orientação é que o parceiro também seja testado e tratado, através da busca de um especialista, como um urologista, por exemplo.

Da mesma forma, no COAS, o público jovem de 15 a 18 anos costuma realizar os tratamentos até a finalização, segundo o Entrevistado A. Em muitas vezes, chegam a realizar o tratamento mais de uma vez, pois há um número relevante de reinfecção. Quando há parceiro fixo, procuram fazer o tratamento concomitantemente no parceiro; e em situação de múltiplos parceiros, o usuário faz o tratamento sozinho.

#### **IV - Especificidades e Vulnerabilidade de Adolescentes e Jovens às IST**

A Entrevistada C, quando perguntada, afirma não perceber dificuldade de atuação com a população adolescente, uma vez que os profissionais são acostumados com esse público e suas demandas, seja com relação à gravidez ou alguma outra busca.

##### ***a) demandas sexuais espontâneas - contracepção***

Embora haja casos de sífilis entre adolescentes e jovens homens, incluindo meninos *gays*, além dos casos em meninas, a maior demanda feminina de adolescentes e jovens é por contracepção.



Na Casa da Mulher, a Entrevistada C diz que é comum a busca de meninas entre 18 e 19 anos querendo engravidar e outras de 15 a 17 anos buscando por contracepção devido ao fato de que os postos de saúde dos bairros, comumente, não têm ginecologista, então, as orientações sobre pílula, DIU, injeção são feitas também na Casa da Mulher. Além disso, anticoncepcional hormonal oral é também uma das maiores demandas, inclusive por adolescentes.

Quanto à utilização da pílula anticoncepcional, há muito esquecimento de utilização por parte das adolescentes, portanto, muitas aparecem buscando o DIU ou o injetável.

*[...]a gente tem uma pequena barreira, porque normalmente essas adolescentes têm um útero de tamanho normal, que é um útero pequeno. É um útero que ainda não teve uma gestação (Entrevistada C).*

Além da busca relevante pela laqueadura na UBS, o método contraceptivo mais usado é a pílula, segundo o Entrevistado F que atua numa UBS. Em segundo lugar, ele aponta o contraceptivo injetável. Porém, há uma grande demanda, até mesmo de adolescentes, para colocar o DIU:

*Até tem, algumas vezes são adolescentes que querem colocar DIU, mas o que eu procuro orientá-las é: antes de colocar, eu vou fazer uma avaliação, porque precisamos saber se esse DIU é compatível com o tamanho uterino ou não (Entrevistado E).*

Segundo o Entrevistado E, pode-se até colocar o DIU também no hospital, no momento de parto ou fazendo a dilatação cervical, porém as UBS não realizam o procedimento nesses casos. O profissional afirma que busca orientar outros métodos contraceptivos também eficazes e pontua que várias pessoas que já tiveram os seus filhos, voltam à UBS com o DIU colocado pela maternidade.

A laqueadura, por sua vez, é procurada pelas novas gerações – ainda que mudem de ideia a partir das informações sobre outros métodos contraceptivos que são passadas a elas e com a informação de que a laqueadura é o último método contraceptivo.

*[...]a falta de informação faz com que elas nos procurem para fazer laqueadura porque elas acham que é o método mais eficaz, porque não precisa tomar remédio, não precisa fazer mais nada, então, vemos que na maioria das vezes não é um método mais adequado para ela (Entrevistado F).*

Embora as orientações sejam passadas, o Entrevistado F enfatiza que não realiza o procedimento caso seja uma jovem de 20 anos:

*Daqui a pouco ela vai bater na minha porta querendo fazer reversão da laqueadura e vai querer passar o problema dela para mim. Então, sim, por isso que eu procuro orientar no posto e para que a gente tenha mais critério, porque se você libera laqueadura para todo mundo, você sobrecarrega o serviço que é o que está acontecendo agora (Entrevistado F).*

Quanto à vasectomia, também existem alguns casos na UBS, porém, são bastante reduzidos, afinal, os parceiros são, segundo o médico, “céticos com relação a isso”.

Com relação à participação dos parceiros das novas gerações no pré-natal de suas parceiras, o Entrevistado F explica que há uma considerável presença atualmente destes, pois antigamente somente a mulher participava e o marido não aparecia. A presença desse parceiro ainda que não seja muito grande nas consultas, vem sendo percebida; geralmente, nessas ocasiões eles dão relatos ou pedem informações do serviço.

A Entrevistada C, da Casa da Mulher, informa também que não se observam repetições nas gestações de adolescentes, quando essa se vincula ao serviço no pré-natal, mostrando a boa orientação contraceptiva dada a essas meninas.

#### ***b) Demanda do COAS por informação***

Com relação ao COAS do município, a Entrevistada B alega que há uma busca constante no serviço por gel lubrificante, por toda a população, seja heterossexual, bissexual, transexual, inclusive jovens e adolescentes, principalmente os estudantes da ETEC e da FATEC locais – que ficam próximas ao COAS. Nesses casos, não há percepção se são HSH ou heterossexuais:

*Como eles vêm uniformizados, vêm em grupo, então a gente não consegue identificar o “gênero sexual” deles predominante. Mas eles sempre vêm em turma. Geralmente, quando se vinha buscar em grupinhos menores, a gente percebia o HSH entre essa população (Entrevistada B).*

A Entrevistada B também relata que, algumas vezes, pais procuram o COAS quando o adolescente ou o jovem tem a sua experiência sexual, buscando informações sobre IST ou para fazer o teste em seus filhos e relata um caso:

*Eu tive uma situação recente de um jovem que foi para uma balada, teve uma experiência com profissionais do sexo, quando chegou e contou para o pai, o pai achou aquilo super normal, mas a mãe ficou desesperada, pegou esse jovem e trouxe para o serviço. Queria entrar junto com ele na sala e a gente não permitiu. E aí foi um contratempo muito sério, porque ela se colocou no papel de mãe, que ela tinha o direito, e eu falei assim: “você pode até ter direito, mas nesse momento ele tem o direito de ser atendido individualmente, perguntar as suas dúvidas, sem a presença da mãe”. Eu falei: “sinto muito, a senhora nesse momento está fazendo uma pressão psicológica nele, ele precisa tirar as dúvidas dele que o pai e a mãe não conseguem*

*explicar”. Ai a outra enfermeira, a Daiana, ficou com ele na sala conversando com ele, enquanto eu ficava na recepção conversando com ela, orientando ela que neste momento ele precisava ter a individualidade e a privacidade dele. Não foi muito convincente, mas a gente conseguiu com que ele fosse atendido na necessidade dele, mesmo sendo pressionado com a mãe lá fora. Só ao saber que a mãe estava lá fora, ele ficou meio angustiado. (Entrevistada B)*

A Entrevistada B também afirma que os pais não levam os filhos necessariamente para saber da sexualidade; porém, é quando a equipe do serviço tem contato particular com o adolescente ou com o jovem, eles revelam experiências sexuais não heterossexuais.

### ***c) Locais de encontro e comportamento adolescente e jovem***

Com relação ao risco sexual de adolescentes e jovens do município de Franco da Rocha, os gestores percebem exposição devido aos índices de gravidez. A Entrevistada C que atua na Casa da Mulher percebe que muitas meninas se expõem e não têm nenhuma intenção preventiva, se expondo, inclusive, quando orientadas pelos profissionais de saúde.

Também apontam comportamentos e locais típicos de juventude, lazer e encontro que facilitam as relações sexuais, inclusive desprotegidas. O Entrevistado A alega que há festas voltadas para o público jovem, onde há circulação de vírus e trocas de experiências sexuais. Explica que com a “questão virtual”, os encontros se tornaram mais fáceis. Também cita eventos ou encontros fechados, pequenos e esparsos, mas que não têm um ponto específico de concentração e conclui que a transmissão não depende necessariamente de eventos de lazer.

Para o Entrevistado A, a população jovem do município, às vezes, não deixa de ter as suas relações sexuais ainda que falte preservativo, mesmo para aqueles que têm costume usar o preservativo com uma certa frequência. Aponta, no entanto, que a população jovem, em geral, usa mais preservativo que a geração mais velha.

Esse comportamento que fomenta vulnerabilidades também se observa quanto à contracepção, uma vez que a Entrevistada D afirma que, das adolescentes que procuram o serviço da Casa da Mulher, uma boa parte “não tem responsabilidade” quanto aos cuidados contraceptivos: “Você fala é mesma coisa que tá falando com a porta, entendeu?!”. Além disso, a Entrevistada C, que atua neste serviço reforça que, em algumas vezes, as adolescentes vão ao serviço acompanhadas pela família, sozinhas ou com o parceiro.

Além disso, o Entrevistado D diz que as gestações entre adolescentes são, na maioria das vezes, não planejadas. Relata que os motivos destas são a falta de uso de contraceptivos ou o seu uso de maneira inadequada.

Com relação a população em geral de adolescentes e jovens, a Entrevistada B e o Entrevistado E, afirma que o local de concentração é no Parque Municipal Benedito Bueno de Moraes, tendo como *point* inclusive os equipamentos públicos.

Entre a população *gay*, o Entrevistado A informa que, pela sua experiência, verifica que a população adolescente não tem o hábito de sair muito, embora possua parcerias eventuais:

*[...]ela é localizada dentro do próprio território e fazem as suas atividades sexuais, essas coisas, dentro do próprio território, até porque não tem muita condição de ficar saindo muito. Então ela é independente de questão de ser profissional de sexo ou não, de prostituição, ela está dentro do contexto social que vivem esses adolescentes de Franco da Rocha (Entrevistado A).*

A Entrevistada B concorda, afirmando que essa população não se concentra no município, mas que, geralmente, vão fazer socialização na cidade de São Paulo. Também afirma que o padrão de comportamento sexual da juventude diz respeito às descobertas da bissexualidade e afirma que não há constrangimento por parte dos jovens em falar sobre a sua sexualidade no COAS, pois facilitam a relação de usuário e profissional de saúde, no momento do diálogo.

*[...]eles não têm essa insegurança de falar que são héteros, mas teve sexo com outro do mesmo gênero, que estão na experiência de se descobrir. No nosso serviço, a gente faz esse trabalho de fazer com que eles se abram, com que eles falem, mostrar para eles que isso não é nenhum tabu, que eles não precisam ter vergonha, que é importante eles falarem para a gente quais as experiências sexuais que eles já tiveram, para que nós possamos fazer uma melhor orientação e que isso não é motivo de eles terem vergonha, de se sentirem constrangidos, porque as experiências precisam ser vivenciadas, mas com segurança, com respeito, com critério. (Entrevistada B)*

A Entrevistada B também pontua que a população jovem faz busca por preservativo no COAS e, no momento dessa busca, os profissionais da unidade aproveitam para conversar, verificar a testagem, orientar sobre anticoncepcionais, etc. Em uma dessas conversas, por exemplo, dois adolescentes relataram experiência sexual com um animal. Explica também que lidou com um caso de um adolescente de 13 anos que ouviu uma palestra na escola, que o deixou curioso e o motivou a fazer os testes rápidos.

*Só que ele chegou aqui verbalizando: eu cabulei aula, minha mãe não sabe, eu vim aqui para saber como é o exame. Então vamos fazer o exame para você. Eles falam*

*assim: olha, eu nunca tive relação sexual, mas eu queria saber como é. Então a gente explicou, fez o exame nele e falou que era o nosso segredo (Entrevistada B).*

A Entrevistada B também afirma atender um adolescente que reside em abrigo público e que possui uma “vida de promiscuidade” por conta das drogas. Ela frequenta o COAS pelo menos uma vez por semana para conversar, embora recuse o uso de preservativo porque, segundo ela, as pessoas que pagam suas drogas não aceitam a utilização.

#### ***d) Uso de Preservativos***

O Entrevistado E ressalta que o público que mais busca os preservativos é o adulto e não o de adolescentes e jovens na UBS em que atua; afirmou também que havia essa busca por profissionais do sexo na UBS anterior em que trabalhava. Na realização de Papanicolau na unidade, por exemplo, ao questionar sobre o uso de preservativos entre as mulheres em geral, a resposta é negativa:

*O adulto jovem é bem difícil. Porque em toda entrevista do Papanicolau, a gente também faz o planejamento familiar aqui, que a gente precisa fazer as perguntas, eles não usam. É uma população bem restrita mesmo. Eles alegam que tem parceiro fixo, esse tipo de alegação que eles fazem. Na outra unidade que eu trabalhava, a pessoa que é profissional do sexo eles pegam muito mais preservativos do que a outra população, a gente fornece de caixa. (Entrevistado E)*

Também o Entrevistado F afirma que a utilização entre mulheres é menor que no público masculino, mesmo entre as adolescentes:

*Geralmente é com parceiro fixo. Vemos que na maioria das vezes ela usa preservativo, mas quando você pergunta “Usa todas as vezes?”, a resposta é não (Entrevistado F).*

#### ***e) Diálogo na Família***

Referindo-se à vacinação de HPV, o Entrevistado E alega que as famílias não sabem como abordar as questões da sexualidade, justificando porquê não trazem as crianças ou os adolescentes para a vacinação. Essa é uma questão que considera cultural.

Apesar disso, tanto na Casa da Mulher, como no COAS, há relatos dos profissionais dizendo que observam pais levando filhos para o serviço para a busca de contracepção, receio de o filho ou filha ter se infectado com uma IST e até para pedir informações e orientações gerais.

### **f) Prostituição**

A Entrevistada B afirma que há uma casa de prostituição no município, que fica no centro da cidade:

*[...]o gerente retirava caixas de preservativos aqui no nosso serviço. A gente dava de 7 mil e 200 unidades para eles. Fizemos também um trabalho de levar o preservativo feminino. E quando nós tínhamos o gel lubrificante, eles também levavam o gel (Entrevistada B).*

O Entrevistado A, que atua no COAS, diz que as travestis e transexuais que atende, em grande parte, vivem numa casa de acolhimento localizada no bairro Jardim Luciana, no próprio município de Franco da Rocha, que também conta com pessoas que vieram de outros estados. Em sua maioria, atuam como profissionais do sexo na Avenida Armando Pinto, na conhecida Casa do Pintor, onde trabalham junto com homens *gays*.

A Entrevistada B relata que 80% das trans que vivem casa de acolhimento são mulheres atendidas no COAS e que vivem com HIV.

### **g) Violência Sexual**

Sobre violência sexual de adolescente, a Entrevistada B afirma que existem casos no município, embora nunca tenha lidado com algum caso desse âmbito. Ela pontua que um núcleo que trata de violências contra a mulher estava sendo desenvolvido para isto; o serviço seria centralizado na própria Casa da Mulher.

### **h) População de rua**

Os Entrevistados A e B afirmam que a população em situação de rua é grande no município e que o município é pobre, então naturalmente, acaba havendo essa demanda. Relata-se que, muitas vezes, algumas pessoas tem alta do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou do sistema prisional e, automaticamente, ficam nas ruas do município, caso de não consigam vaga em uma residência terapêutica. O local predominante dessa população, segundo esses entrevistados é debaixo do viaduto do Pontilhão, no bairro Vila Bela, centro da cidade.

Esses entrevistados informam que, ao migrarem para as periferias da cidade, geralmente essas pessoas que vivem nas ruas se alocam para morar em barracos. Essa população é atendida pela própria UBS, a menos que ela seja encaminhada ao COAS/CTA.

Já o Entrevistado F, por sua vez, que atua em UBS, relata que a procura pelos moradores de rua para a realização de algum tipo de tratamento não é comum, porque “espontaneamente, eles não procuram a unidade”. Ele também revela que a sífilis e a tuberculose são infecções prevalentes na população em situação de rua.

Com relação à sífilis, ele informa que, especificamente, é feito além do teste rápido o VDRL, exame de sangue que necessita espera pelo resultado para o início do tratamento. Se der positivo, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) são acionados para que o paciente seja transportado ao serviço. Segundo ele, a ideia desses centros é a abordagem deste público onde vivem e transitam. Além disso, fazem busca ativa no albergue localizado próximo à UBS que o Entrevistado E atua, realizando buscas ativas constantes para fazer testagens das IST, incluindo a sífilis, uma vez que há muita rotatividade de pessoas neste albergue.

Os Entrevistados A e B também explicam que é muito difícil de mantê-la no serviço, seja para acompanhamento ou tratamento, a menos que eles permaneçam no serviço por livre adesão. A Entrevistada B, que atua no COAS, cita o caso de um jovem de 22 anos, HSH, que se encontra em situação de rua e tem dificuldade de adesão aos tratamentos de sífilis e para o vírus HIV, com o qual vive.

### *i) Impactos da Covid*

Segundo o Entrevistado F, a pandemia de Covid-19 em 2019 e 2020 demandou a realocação de funcionário para a aplicação de vacinação e tratamento da infecção por esta doença, culminando em um desfalque nos serviços ofertados pelas UBS. Isso impactou não apenas nos atendimentos, mas também na busca pela vacinação, embora esta esteja sendo ofertada de segunda a domingo. Nesse sentido, aponta-se que há sobrecarga dos funcionários e interrupção e redução de procedimentos, como o encaminhamento para a laqueadura.

Por outro lado, A Entrevistada B alega que a necessidade da vacinação de Covid-19 fez alguns jovens não frequentadores procurarem o serviço. Alguns, ao sair da escola, passaram a ir no serviço para tomar a vacina e já aproveitam para retirar gel lubrificante no COAS. No entanto, os trabalhos de distribuição de insumo e oferta de testes rápidos na rua, pararam durante o período da pandemia.

Na Casa da Mulher, foram apontadas mudanças nos atendimentos ginecológicos segundo as Entrevistadas C e D: os atendimentos diminuiram em quantidade, as consultas de rotina estavam sendo feitas com maiores intervalos e a prioridade passou a ser atendimento aos casos de pré-natal. Além disso, houve interrupção na colocação de DIU e mudanças nas orientações que os profissionais prestavam às pacientes que chegaram ao serviço com o desejo de engravidar:

*A orientação que eu dou pras minhas pacientes quando elas vêm falando que ela quer engravidar né!? E a gente não tem nenhum estudo a respeito da covid durante uma gestação. Esse estudo vai demorar uns dois a três anos ainda pra vir. E eu tento fazer um paralelo com os que foi o Zika. Quanto tinha o Zika ninguém descobriu a malformação fetal e só depois né?! Quando se junta todos os casos e consegue ver que houve um aumento (Entrevistada D).*

Segundo a Entrevistada C, essas orientações não se dirigiam somente a adolescentes. Qualquer paciente era orientada a não engravidar no período da pandemia, sendo orientado o uso do anticoncepcional.

Com o afrouxamento das regras sanitárias contra a Covid-19, a partir do final do ano de 2019, o serviço da Casa da Mulher retomou os atendimentos, mas passou a enfrentar agendas lotadas:

*A agenda tá sempre cheia, antes ainda tinha uns horários mais vagos. Agora não, tá sempre lotado. A agenda pra frente de um mês já tá lotada, então, realmente, a demanda ficou retraída (Entrevistada C).*

#### **j) Propostas e Iniciativas para contenção da IST**

O Entrevistado F propõe que o cuidado com relação às IST deveria ser maior e protocolado, pois há muita dificuldade no tratamento, assim como é feito com relação ao pré-natal de alto risco. A Entrevistada C afirma que seria fundamental para a melhora do sistema de saúde de Franco da Rocha, a presença de um médico ginecologista em cada UBS:

*[...]porque nós temos uma falta absurda, os colegas encaminham pra mim assim: paciente com dor, ponto. Não me manda um ultrassom, não me manda um Papanicolau, não me manda uma mamografia, não fala onde é a dor. Nada. Eu gostaria que as pacientes chegassem pra mim com os exames atualizados. Que o médico só encaminhasse quando ele já tivesse os resultados de exames, porque elas chegam, eu tenho que pedir tudo e elas ficam olhando pra mim. E tem muita gente que encaminha pra rotina ginecológica, porque foi atendida pelo clínico geral. Rotina ginecologia não é aqui onde eu trabalho. (Entrevistada C)*

A Entrevistada B explica que, antes da Covid-19, realizavam um trabalho extramuro, com equipes, inclusive agentes comunitários de saúde, disponíveis nas UBS centrais, fazendo



distribuição de insumos e testes rápidos no “calçadão”, que ficava no Centro, entre o shopping e a estação de trem da cidade.

O Entrevistado A salienta que há uma falha muito grande no que diz respeito à educação sexual da população em geral, que não possui uma boa orientação nas escolas públicas.

*Tudo bem, tem que trabalhar a prevenção com eles agora, mas para ter uma solução maior, eu acho que tem que vir desde criancinha até a maturidade sexual, senão a gente vai ficar só apagando incêndios (Entrevistado A).*

A Entrevistada B, que atua na gestão, alega que já solicitou que as orientações sobre vacinação de hepatites voltassem a acontecer nas escolas. Para a prevenção, acredita que as redes sociais sejam o canal principal para alcançar adolescentes e jovens do município.

*Porque quando a gente consegue falar com uma parcela desta população, a gente observa que eles vão buscar o Google para se informar. Eu sempre oriento: se vai buscar o Google, então busca o canal correto. Por exemplo, vai no site governamental, eu sempre indico o [aids.gov](http://aids.gov) para tirar todas as dúvidas deles (Entrevistada B).*

Quando se trata especificamente de adolescentes, a Entrevistada B indica o Projeto Bem-Me-Quer que realiza oficinas, vídeos curtos e conversas sobre prevenção com essa população. Também há parceria com a Guarda Municipal do município (GAEP), grupo que faz palestras nas escolas sobre prevenção de álcool e drogas e também de IST. Relata uma situação ocorrida em situação de trabalhos com o GAEP, de um jovem que procurou o serviço, após uma palestra, após observar manchas vermelhas em seu pênis.

*Ele chegou na Conceição (Guarda Municipal) e falou: aconteceu isso, agora estou com o meu pênis vermelho e eu só confio em você. Ela trouxe ele para a gente. Quando ele me viu, que ele lembrou da palestra, ele ficou super emocionado. Nós fizemos o teste, nós fizemos a orientação e explicamos para ele que aquilo ali poderia ser um processo alérgico ou então a esfoliação por não ter ainda experiência, não ter a lubrificação adequada. Explicamos tudo para ele e ele saiu daqui muito feliz, pedindo, pelo amor de deus, que não contasse para a mãe dele. (Entrevistada B)*

Para atuação com a população trans e gay o “Projeto Bem-Me-Quer” também vinha realizando ações na Casa do Pintor, antes da pandemia, oferecendo insumos, preservativos e testes rápidos aos profissionais do sexo. Disse haver intenção de retorno desta atividade, assim que a pandemia passasse.

O Entrevistado A alega que gostaria de fazer um trabalho com a população HSH, especialmente, para conversão anti-HBs<sup>VIII</sup>. Além disso propõe que haja a autotestagem no município, embora acredite que o desenvolvimento desse projeto dependa da discussão dos efeitos pós-teste: “como será? Essa questão é duvidosa”.

---

VIII O exame anti-HBs é solicitado para verificar se a pessoa possui imunidade contra o vírus da hepatite B, seja ela adquirida por meio da vacinação ou através da cura da doença (ver mais em: <https://www.tuasaude.com/exame-anti-hbs/>).

## 6. DISCUSSÃO

Nos anos 1980 e 1990, o advento do HIV/aids se consolidou como um momento histórico que demarcou, entre outras coisas, as discussões de liberdade e saúde sexual e a ampliação de políticas públicas e de campanhas de fomento à prevenção de IST, através do uso de preservativos frente às antigas ideias de abstinência sexual preconizadas culturalmente (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013). É nesse cenário que diversas ações de saúde de segmentos específicos do Estado brasileiro e da sociedade civil, no bojo da Reforma Sanitária, se voltam à tentativa de romper com os estigmas direcionados às pessoas que vivem com HIV e de estimular o uso do preservativo como a principal forma de prevenção à infecção (ZUCCHI; PAIVA; FRANCA JUNIOR, 2013).

IST anteriores ao HIV sempre estiveram presentes e igualmente conectadas à principal forma de transmissão deste vírus: a relação sexual, como é o caso da sífilis. Em meio à efervescência da aids na década, de 1990, a sífilis é uma infecção com propriedade de ser um fator facilitador da transmissão do vírus HIV, assim como outras IST, o que motivou a retomada com novo interesse da Medicina, da ciência em geral, e mesmo das políticas públicas, gerando a necessidade de elaboração de estratégias para o seu controle (RIBEIRO *et al.*, 2021). Isso fez com que, cada vez mais, políticas públicas e campanhas pensassem na prevenção a partir do conjunto das IST, como expressa a “Política Nacional de DTS/aids: princípios, diretrizes e estratégias” (BRASIL, 1999), diretriz que leva em consideração a correlação entre as infecções no que tange à facilitação da transmissão dos vírus de diferentes infecções, quer seja na chave biológica ou na chave social (GRMEK, 1995).

No cenário atual, as campanhas de incentivo não só à utilização do preservativo, como também a outras maneiras de prevenção quanto às IST e à gravidez, permanecem em voga nos dispositivos do Sistema Único de Saúde, ainda que setores conservadores e religiosos da sociedade civil e o senso comum permaneçam resistentes à utilização dos métodos, seja por valores e princípios privados, seja por desinformação (FRANCH; RIOS, 2020 e GUIMARAES, 2019). Tais oposições vêm sendo combatidas, desde a década de 1990, com transformações importantes ocorridas na sociedade em relação à educação sexual, como por exemplo, a disponibilidade de livros e materiais destinados a adolescentes, e maior liberdade de informação e discussão sobre o assunto (NEVES, 2017) e à própria possibilidade de pesquisa na *Internet*.

Além disso, a “Política Nacional de HIV/aids” (hoje, de todas as IST e hepatites), se estruturou no sentido de incluir a prevenção dessas infecções na Atenção de Saúde, desde a esfera primária, assim como a detecção de casos e seus tratamentos, procurando atingir fatores e populações mais vulneráveis a estas doenças.

A infecção por HIV no município de Franco da Rocha, conforme mostrou a pesquisa, é presente em todas as faixas etárias, com predominância dos novos casos entre os adultos jovens 18 e 25 anos, geralmente HSH (homens que fazem sexo com homens), categoria ainda usada pelos serviços de IST/HIV/aids para incluir *gays* e travestis e transexuais que se relacionam com homens. Porém, há incidência entre menores de 18 e os acima de 35 anos, inclusive entre homens e mulheres heterossexuais. Dessas mulheres, muitas detectadas na gestação.

Desde a década de 1990, fala-se de uma tendência de propagação da infecção do HIV/aids que atinge o âmbito nacional e mesmo mundial, no que se refere à feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização do perfil epidemiológico dos infectados (BRASIL, 1999). No Brasil, em um primeiro momento, esse fenômeno se restringia a centros urbanos e se voltava ao perfil masculino (BRITO *et al.*, 2001) e *gay* e, segundo esses autores, também ao aumento da transmissão por contato heterossexual, resultando em um crescimento substancial entre as mulheres. Isso se verifica exatamente no estudo em Franco da Rocha, tal qual se apresenta como cidade dormitório da Grande São Paulo, quase interiorana e pobre quando comparada a outros centros urbanos, e apresenta um alto índice de mulheres e heterossexuais infectadas pelo HIV segundo as estatísticas, além da população *gay* jovem.

O registro de mulheres transexuais e travestis como HSH nos sistemas de notificação, fazem com que a nomenclatura “homem”, prejudique a identificação de orientação sexual e gênero dos vários casos. No caso de mulheres transexuais e travestis, seria importante atender à reivindicação de suas identidades específicas, para além dos padrões dos parâmetros binários masculino e feminino (MAGNO *et al.*, 2019), possibilitando a real identificação dos casos entre esta população, uma vez que a utilização do termo HSH ignora a sua representação e supervaloriza apenas o seu sexo biológico. A importância disso se revela, na pesquisa, na fala dos entrevistados, que se remetem à grande incidência de HIV proporcionalmente entre esta população e na dificuldade da identificação dos casos exatos que a atinge entre as notificações. Isso reforça o processo de sofrimento e adoecimento ao qual essa população vem sendo submetida, favorecendo uma transfobia institucional também no campo da saúde, embora se

constate que há preocupação do CTA/COAS quanto à melhor identificação das categorias de identidade de gênero e orientação sexual. Não à toa, este serviço orienta e é visto como local desta população, sendo procurado por esse público até para o esclarecimento de dúvidas e a busca de informações.

A não existência de registro específico das categorias de exposição nos demais serviços e de uma exatidão para os casos em geral, desobedece às diretrizes da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (BRASIL, 2013c), instituída em 2011, que considera fundamentais as determinações acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde. Essa diretriz está defasada, uma vez que compete ao Ministério da Saúde:

*“X - Incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS.” (BRASIL, 2013c, Art. 4º).*

Das trabalhadoras noturnas da prostituição, a pesquisa revela alta incidência de HIV, confirmando pesquisas de prevalência de HIV entre mulheres transgênero de Magno e colegas (2019), desproporcional se comparada à população em geral. Isso explicita fatores socioeconômicos em que esta população se encontra e seu reflexo, tanto nos fatores comportamentais, como a não utilização de preservativo, quanto nos fatores estruturais a que essas pessoas estão submetidas, como o estigma e a discriminação que limitam o acesso também a serviços de saúde e atitudes de prevenção.

Entre este público, mesmo pessoas que não vivem em vulnerabilidade social, como se observa na pesquisa, estão sujeitas à HIV. Isso significa dizer que o HIV ultrapassa as barreiras de classe social no que se refere a população *gay* e *trans*, embora, no Brasil, de forma geral, as estatísticas revelem que pessoas de classe social mais baixa sejam mais atingidas (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2021).

Considerando, portanto, a informação pelo sexo biológico, a pesquisa aponta maior busca da PEP por homens do que por mulheres. Da mesma forma, é salientado maior uso da PEP por jovens que, muitas vezes, se expõem de forma constante, o que os faz recorrer à PEP continuamente, já que Franco da Rocha não disponibiliza a PrEP. Isso mostra a importância de oferta da PrEP em todos os municípios, visto que encaminhamentos para outros não têm sempre adesão da população mais vulnerável. Além disso, tal falta do insumo se constitui como

desrespeito às recomendações do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2018), que orienta as estratégias disponíveis como “prevenção combinada”, para potencializar a prevenção do HIV.

A “Prevenção Combinada”, elaborada pelas políticas nacionais de saúde inclui: testagem para o HIV; profilaxia pós-exposição (PEP); teste durante o pré-natal e tratamento da gestante que vive com o vírus; redução de danos para uso de drogas; testagem e tratamento de outras IST e das hepatites virais; uso de preservativo masculino e feminino, além do tratamento para todas as pessoas (BRASIL, 2018), reconhecendo que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir as infecções e pontua que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas (LUPPI *et al.*, 2018). Cabe destacar que a PrEP não protege o indivíduo de outras IST, como sífilis, hepatite B, HPV, por isso, o uso do preservativo continua sendo recomendado (BRASIL, 2018).

Apesar da orientação da Prevenção Combinada, o que mais preocupa os profissionais de saúde, como se observa na pesquisa, é a naturalidade com que a população jovem recebe o diagnóstico positivo do HIV – embora tenha boa adesão ao tratamento, mostrando que apesar de ainda haver estigma em relação à esta infecção e às pessoas infectadas, as políticas e campanhas de combate ao preconceito realizadas pela sociedade civil e pelas diversas instâncias de saúde do Estado durante a década de 1990, impactaram a população de forma positiva ao reduzir a discriminação. Nesse sentido, pode-se dizer que a população, principalmente a jovem, tem compreendido que quem vive com HIV possui uma doença crônica, por isso acaba considerando que é possível viver com HIV “normalmente” com a adoção de um tratamento continuado e preventivo. Ou seja, normalizar a doença, também termina por naturalizar a infecção (KNAUTH *et al.*, 1998), tornando as medidas de prevenção várias vezes desprezadas.

Para que isso seja evitado, é possível que ações educativas de conscientização realizados junto às escolas e à população geral, sejam mais necessárias, envolvendo palestras, dinâmicas, rodas de conversa, etc., demonstrando a importância da intersetorialidade nas ações de prevenção, como orienta a Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999). Também seria importante que os trabalhadores das farmácias pudessem ser rodiziados, uma vez que, entre os que resistem ao tratamento, o maior motivo alegado, além do esquecimento de uso do remédio,

é a vergonha de exposição a pessoas conhecidas que trabalham nas farmácias do município, como visto no estudo.

Em relação às infecções por hepatites B e C, a pesquisa mostra que o índice detectado é, em números, pequeno, nos últimos anos, sendo a média de hepatite B em Franco da Rocha abaixo da brasileira, embora para o padrão do estado de São Paulo, esteja um pouco acima (BRASIL, 20-?b), o que deve ser considerado como apontam diversos estudos (CRUZ, SHIRASSU, MARTINS, 2009; FARIAS *et al.*, 2012; FERREIRA, SILVEIRA, 2004). A prevalência se dá, principalmente, entre as populações de homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua, indígenas, quilombolas e indivíduos nascidos em áreas endêmicas, tal como aponta o “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais” (BRASIL, 2016c).

A baixa prevalência da infecção de hepatite B é provavelmente resultado da vacinação no nascimento e em idade infantil que está em voga desde a década de 1980 (BRASIL, 2004) e que teve grande impacto na América Latina (SILVEIRA *et al.*, 1999), confirmada nesta pesquisa; também às medidas de prevenção e melhor tratamento das IST, em geral. Ainda assim, a dose orientada de reforço para ser tomada na adolescência, entre os 15 e 16 anos ainda é pouco utilizada.

Casos de coinfeção da hepatite B e HIV, especificamente, são mais comuns entre o público de mais idade, já que quando crianças e jovens não havia vacinação disponível e, muitas vezes, era ausente o conhecimento de que que práticas sexuais também são uma via de transmissão hepatites B, C e D (BRASIL, 2017b). Também pessoas com HIV têm chances aumentadas de se tornarem portadores crônicos da hepatite B.

A hepatite C, também nem sempre é categorizada como IST, uma vez que a via sexual não é a principal via de transmissão de seu vírus (BRASIL, 2021c), por isso verifica-se maior incidência da mesma, como se viu na pesquisa. Não somente, há maior necessidade de difusão de informações contra as outras formas de prevenção, já que essa infecção se dá predominantemente pelo uso de drogas e outros contatos sanguíneos perfurocortantes. Sua incidência se dá amplamente, inclusive entre o público heterossexual, mas também entre *gays* jovens e entre mulheres transexuais e travestis e mulheres cisgêneros<sup>IX</sup>, ainda que o perfil

---

<sup>IX</sup> É a pessoa que se identifica com o gênero que é atribuído ao nascer. Se enquadra como cisgênero.

principal seja o masculino acima de 40 anos, conforme o “Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais” (BRASIL, 2021c).

A pesquisa mostra que o HPV tem uma alta prevalência na população de Franco da Rocha, assim como apontado em estudos de outras regiões (POP-BRASIL, 2017; MELO *et al.*, 2016) independentemente da faixa etária, conforme relatam os profissionais, embora não haja dados de notificação dessa doença. Nesse sentido, é comum aparecerem adolescentes, jovens e adultas infectadas. Na maioria das vezes, são pessoas não vacinadas entre a população heterossexual, incluindo mulheres com casos de presença do vírus ou câncer no colo de útero e a população HSH com casos no reto (SILVA, 2017). Isso aponta a importância do reforço da vacinação, precisamente no momento atual, em meio à pandemia de covid-19, conforme demonstrado na pesquisa, que impactou na procura da população pré-adolescente à vacinação contra os HPV mais cancerígenos, de forma a diminuir casos futuros dessas infecções.

Um estudo transversal realizado em seis capitais revelou que a prevalência do HPV tanto em homens quanto em mulheres, na faixa etária entre 15 e 19 anos, é alta, mostrando que a infecção ocorre predominantemente no início da vida sexual (MELO *et al.*, 2016). De acordo com Melo e colegas (2016) e Silva (2017), como há maior detecção entre as mulheres, é possível verificar sua prevalência etária, o que aponta para mulheres jovens, principalmente aquelas abaixo de 30 anos. Segundo Macêdo e colegas (2015), isso se dá porque o epitélio do colo do útero das jovens é mais frágil e suscetível às IST, mas também podem estar associados a muitos outros fatores de risco, como o maior número de parceiros, o não uso do preservativo e à falta de diagnóstico precoce.

Entre os HSH, o HPV é responsável por 80 a 85% dos casos de câncer anal, mas também se nota que, entre os heterossexuais, causa 50% dos casos de câncer de pênis, além de ser duas a seis vezes mais frequente em homens que fazem sexo com homens do que em heterossexuais e duas vezes mais frequente pessoas que vivem com HIV. A diminuição dessa percentagem pode ter relação direta com a inclusão da vacinação no país. Segundo estudos, a vacinação contra o HPV é considerada a estratégia mais eficaz para a prevenção contra a infecção (POP-BRASIL, 2017), bem como os cânceres provocados por esses tipos de vírus.

A pesquisa mostra também a presença, principalmente, no público masculino de Franco da Rocha, de outras IST, como a clamídia, a gonorreia e a síndrome de corrimento uretral; e, no público feminino, da *gardnerella* e a *trichomonas*.



### *Situação da sífilis*

A pesquisa apontou grande presença da sífilis em Franco da Rocha, apesar da baixa procura de testes rápidos nas UBS pela população em geral, principalmente durante a pandemia de covid-19. Além disso, apesar de haver vários casos de sífilis sendo atendidos no CTA/COAS, há vários atendimentos nas UBS, sobretudo entre gestantes, uma vez que a testagem é obrigatória no pré-natal.

Complementando os dados de Magalhaes e colegas (2013), que associam a ocorrência de sífilis ao baixo nível socioeconômico, à coinfeção por HIV, ao uso de drogas, mas também à gravidez na adolescência, a sífilis foi detectada em Franco da Rocha entre mulheres gestantes jovens, nas faixas que vão dos 15 anos aos 30 anos.

De forma geral, há um bom diagnóstico e tratamento da sífilis entre gestantes em Franco da Rocha, embora note-se casos de sífilis congênita, demonstrando casos de mal diagnóstico e mal tratamento, que em outro cenário, poderiam evitá-la (MASCHIO-LIMA *et al.*, 2019). Porém, um dos principais fatores de infecção e reinfeção de gestantes durante o pré-natal e que favorece a infecção também do bebê, é a dificuldade de tratamento de alguns parceiros, o que adiciona o fator relacional como fundamental na listagem feita por Araujo e colegas (2006) sobre os motivos desses casos devido ao relaxamento das medidas de prevenção das autoridades e agentes de saúde, à automedicação, à desinformação da população em geral sobre a gravidade da infecção, ao uso de drogas e à “precocidade e promiscuidade sexual” (p.48). Isso ocorre em Franco da Rocha, apesar da participação dos parceiros no pré-natal ser considerável.

De acordo com a nossa pesquisa, a percepção da infecção pela sífilis e a questão do parceiro é crucial, pois muitas vezes aparece como motivo de atrito do casal, seja em gestantes ou não, instigando a discussão sobre a infidelidade de um ou de outro, já que o fato denuncia que parceiros têm ou tiveram relação extraconjugal. Além disso, aponta que os parceiros têm resistência ao uso de preservativo, seja com parcerias eventuais que venha a ter e até com a própria parceria fixa, como mostram estudos (CAMPOS *et al.*, 2012). Campos e colegas (2012) também apontam que há parturientes que chegam a revelar violência física do parceiro no momento em que comunicaram o diagnóstico de sífilis, evidenciando um dos motivos para o não tratamento ou para o afastamento do serviço de saúde pelo indivíduo infectado.

Por isso, como alerta Campos e colegas (2012), no Brasil, o tratamento dos parceiros sexuais é um dos principais entraves para o controle da sífilis congênita e a comunicação do diagnóstico, como aponta Cavalcante e colegas (2016), deve ser feita também pelo profissional de saúde, como por exemplo por meio de um cartão de comunicação de parcerias fornecido pela própria UBS, ou por meio de envio de correspondência, contato telefônico ou busca ativa, desde que se respeite os princípios de sigilo e confidencialidade; formas de comunicação recomendadas nacionalmente, mas que, provavelmente, não vem sendo postas em prática.

A pesquisa realizada mostra que, muitas vezes, o parceiro se afasta do serviço e não adere ao tratamento por receio de fazer o tratamento, seja por falta de tempo devido à jornada de trabalho, esquecimento, ou até medo de injeção. Isso pode ter relação com a própria construção histórica das políticas de saúde que, segundo Campos e colegas (2012) sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando baixa procura por atendimento, podendo estar atrelada à baixa adesão ao acompanhamento do pré-natal. Não somente, a dificuldade de tratamento do parceiro sexual pode estar também associada à visão que os homens têm dos cuidados com a saúde, atribuindo à mulher a responsabilidade por este cuidado.

Nesse sentido, é importante reforçar a melhoria do aconselhamento e mesmo do acolhimento e a identificação conjunta de estratégias de negociação com a paciente e com o parceiro quando possível, nos serviços de saúde (CAMPOS *et al.*, 2012). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), para que se interrompam as transmissões da infecção e se impeçam uma reinfecção, o parceiro necessita ser tratado, ainda que haja conhecimento sobre o fato de a gestante em tratamento nem sempre ter um parceiro fixo.

Além disso, tal como informaram alguns profissionais de nossa pesquisa, é importante a busca ativa com o agente comunitário de saúde comparecendo ao domicílio, ou mesmo junto ao enfermeiro para aplicar o medicamento. No entanto, os depoentes relatam que, no município, não tem sido possível realizar sempre a busca ativa de casos de sífilis por falta de recurso humano e/ou mesmo rotatividade de gestão e de profissionais.

Também é interessante notar os aspectos discursivos de preconceito adotados pelos profissionais de saúde, já que se observa que ao se referir às mulheres e, até a homens *gays* que possuem mais que um parceiro é relatada a “situação de promiscuidade”, enquanto que para homens heterossexuais com mais de uma parceira não se fazem tal comentário. Hermann e colegas (2017), em estudo que buscou compreender como se articulam percepções sobre HIV

e aids nas narrativas de usuários do Sistema de Saúde, verificou que é mais comum associar pessoas do sexo masculino, especialmente homens que fazem sexo com homens, à promiscuidade do que homens e mesmo mulheres heterossexuais. Segundo o estudo, as repetições que constituem o campo da promiscuidade se manifestam historicamente e se relacionam a movimentos de patologização ou estereotipia de sexualidades consideradas dissidentes, reiterando uma lógica social em que funciona uma vigilância moral (HERMANN, 2017).

Nesse sentido, o fato de os profissionais de saúde qualificarem como “promíscuo” homens *gays* e mulheres heterossexuais com mais de um parceiro, denotam a incorporação de uma lógica da Medicina e do Estado de regradar sexualidades não admitidas (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). Como isso não se restringe apenas à sexualidade considerada dissidente, mas também à sexualidade da mulher, da qual se esperaria recato, fidelidade e domesticidade, fica explícita a reprodução social do pensamento machista e homofóbico que estrutura a sociedade brasileira nos mais diversos serviços públicos de saúde. Por isso, é fundamental que haja uma abordagem na assistência em saúde que leve em consideração as questões de gênero e sexualidade.

Também com relação à exposição à sífilis, verificamos na pesquisa uma presença majoritária entre homens dos grupos homossexuais das faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 anos ou mais anos. Conforme o estudo, esse é um público que busca teste rápido geralmente no CTA/COAS, ou seja, que se vê em risco, ainda que haja também homens heterossexuais que, por vezes, superam a procura feita pelos HSH.

Assim, o estudo reforça o perfil de pessoas infectadas pela sífilis no Brasil, em homens, como predominantemente jovem, entre 20 e 29 anos (BRASIL, 2021b), reforçando que ainda há dificuldades de acesso aos serviços de saúde e tratamentos para os homens, além da prevenção. Porém, é importante frisar que muitos não chegam a buscar assistência médica em relação à sífilis e outras IST por serem assintomáticos ou terem poucos sintomas, favorecendo os casos de desenvolvimento da doença e também reinfecção de parceiros/as (CHIACCHIO *et al.*, 2020).

Por isso, a implantação de testes rápidos para sífilis nas UBS é fundamental, mas necessita de outras ações de promoção à saúde, como o incentivo à prevenção, testagem regular nos atendimentos ginecológicos das mulheres e também de saúde geral do homem, como

rotinas, além de ampliação do pré-natal masculino e de campanhas sobre a própria sífilis e seus períodos de incubação.

O CTA/COAS de Franco da Rocha, assim como dos diversos municípios brasileiros que atuam com a população mais vulnerável às IST, incluindo *gays* e transexuais e travestis (embora haja uma população heterossexual em tratamento prevalente observada), seguindo as diretrizes da “Política Nacional de DST/Aids” (BRASIL, 1999). O serviço atua, conforme relata o estudo, não apenas fortalecendo ações de prevenção às IST de forma descentralizada, mas também atuando em pontos-chave, como áreas de prostituição, de frequência de HSH, incluindo residências de trans e casos de pessoas em situação de rua, levando em conta o conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde, que vem sendo caracterizados por seus comportamentos de risco.

Nos dias atuais, no entanto, considerar apenas o comportamento de risco não é suficiente para abranger a complexidade das relações políticas, sociais e econômicas acerca do HIV/aids, sendo necessária uma nova compreensão que não incida na culpabilização exclusiva do indivíduo e suas práticas. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade aparece como uma tentativa de contemplar especificidades que alteram a concepção da pandemia que, em um momento anterior, estava baseada em um modelo epidemiológico de risco (PERUCCHI *et al.*, 2011) e que, conforme Ayres *et al.*, (2009), considera o conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais avaliando, de forma articulada, a esfera individual, social e programática.

No caso da população *gay* jovem e a travesti (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019 e MELLO; BRITO; MAROJA, 2012), cabe ressaltar que os estudos apontam ser essa mais informada do que a população em geral, devido à frequência de ações, campanhas, políticas e estratégias preventivas e de promoção da saúde voltadas a esse público. Nesse sentido, especificamente com relação a esses grupos em Franco da Rocha, seria necessário um estudo para avaliar o nível de informação que têm, além da busca dos serviços, uma vez que nosso estudo aponta que esse público, em geral, tem o hábito de permanecer no próprio município devido às baixas condições econômicas para transitar para outros lugares, embora algumas travestis o façam.

Com relação aos locais de situação afetivo-sexuais, a maioria dos jovens de Franco da Rocha, se encontra em eventos ou locais fechados, pequenos e esparsos, sem ponto específico

de concentração; portanto, em geral, a transmissão das IST não depende dessas situações, mas sim de parcerias eventuais e da falta de prevenção local, até mesmo em seus bairros de moradia.

O estudo também aponta que há jovens HSH na faixa etária de 18 a 25 anos e o público adulto de cerca de 30 anos, que mora com o parceiro, embora muitos ainda morem com os pais. Essa mesma população costuma também permanecer no município, utilizando pontos de sociabilidade *gays* ou o parque da cidade como locais de encontro, assim como também têm ponto fixo aqueles que atuam na prostituição.

Embora o uso do preservativo seja constante pela população jovem, o público masculino HSH utiliza mais o insumo do que o heterossexual, sendo que entre este último, principalmente homens o utilizam apenas com parceiras eventuais. Além disso, a pesquisa relata que jovens mulheres não utilizam muito o preservativo e nem o buscam no serviço, principalmente quando estão em relacionamentos fixos.

A camisinha tem sido a principal estratégia de prevenção das políticas brasileiras desde o início da epidemia da aids (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013). Segundo Guimarães *et al.* (2019), o uso de preservativo masculino enquanto uma tecnologia biomédica, deve se articular a estratégias de intervenção também estruturais e comportamentais. Um estudo mostra que, entre as mulheres, a não utilização do preservativo pode estar associada a várias questões, como a ideia de confiança e fidelidade a partir do estabelecimento de um parceiro fixo; receio em comprar ou receber o preservativo na unidade de saúde, uma vez que isso pode ser considerada uma forma de exposição; junto à dificuldade de convencimento do parceiro sobre sua utilização. Além disso, muitas vezes, as adolescentes e jovens no geral, se preocupam apenas com o risco de gestação precoce e o cuidado com a prevenção das IST não é relevante (SOUZA, *et al.*, 2017). Também, comumente, há um senso comum de que o preservativo diminui o prazer, o que faz as pessoas optarem pelo uso de outro tipo de anticoncepcional, especialmente as mulheres, principalmente quando o tempo da relação é maior (Guimarães *et al.*, 2019).

A partir de uma revisão sistemática da literatura acerca do uso de preservativo no Brasil, Luppi e colegas (2018) apontam que, a partir de 2005, houve uma estabilização e até redução na frequência do uso do preservativo masculino no país. Também se observa que o baixo uso do preservativo está associado a iniquidades socioeconômicas e desigualdade de gênero (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2021). Nesse sentido, como orienta Guimaraes e colegas

(2019), indica-se a construção de espaços de diálogo nos quais o conhecimento em saúde entra como um elemento em um processo mais amplo de reflexão das subjetividades, para além do mero repasse de informações.

De toda forma, aponta-se que, apesar do alto uso dos serviços de saúde para a aquisição do preservativo, há necessidade de fortalecimento e ampliação das políticas de promoção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil, pois o sexo com proteção se integra à perspectiva dos direitos humanos enquanto direitos sexuais, uma vez que promove não só a proteção, mas também o prazer e a vida sexual satisfatória e com segurança (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013).

Entre os homens *gays*, a pesquisa mostra que o baixo uso do preservativo se deve à ideia de que se pode adquirir a infecção de HIV com certa segurança, uma vez que há a possibilidade de uso de antirretrovirais de forma segura para manter a vida e a saúde.

Com relação à estigmatização de LGBTI, a pesquisa observa uma mudança grande de padrão de aceitação e até de comportamento sexual entre a população jovem, incluindo experiências bissexuais. Houve também redução da inibição de falar sobre esses comportamentos, embora haja adolescentes e jovens que se dizem heterossexuais, mas que reservadamente revelam experiências não heterossexuais.

A aceitação, experimentação e a maior identificação quanto às sexualidades consideradas dissidentes revelam o modo como a sociedade brasileira vem acompanhando mudanças no que concerne à sexualidade, indicando o aumento da tolerância de questões que antes enfrentavam o limite da moralidade sexual, como apontou Heilborn (2012), embora haja ainda receio ao machismo, observado entre os que omitem sua homo ou bissexualidade. Segundo esta autora, o aprendizado ao que tange à sexualidade está relacionado à maneira como estão organizadas as relações de gênero nos contextos socioculturais em que os indivíduos estão inseridos; por isso mudanças nos padrões de representação incidem no medo das sexualidades dissidentes, indicando um conservadorismo ainda calcado no âmbito da família, da escola e mesmo em vários serviços de saúde.

Com relação às pessoas que vivem com HIV, cabe frisar que, tanto a infecção, quanto a coinfeção pela sífilis tem alta prevalência verificada no estudo, atingindo 50%, conferindo com as observações de Luppi e colegas (2018) sobre a necessidade de ações para lidar com essa sinergia, principalmente entre HSH.

Nesse sentido, é importante que nas ações de prevenção se incluam também o público-chave HSH, seguindo a política não só de testes rápidos, mas também ampliando a estratégia da Prevenção Combinada, oferecendo alternativas para a oportunidade de escolha da ferramenta de prevenção mais apropriada para cada pessoa, de forma a reduzir a vulnerabilidade dessa população também com relação a outras infecções além do HIV.

Outra mudança de comportamento observada no estudo é o relato da busca de serviços de IST por pais que percebem atividade sexual de seus filhos, de forma a buscar orientações para repasse educacional na família ou até trazendo adolescentes para a realização do teste rápido. Nesse quesito, são necessários um alinhamento e uma maior capacitação aos profissionais de saúde para disseminar orientações sobre a não obrigatoriedade e necessidade de autorização de um responsável legal para a busca de serviços de saúde por adolescentes, incentivando e propagando a ideia de autonomia e empoderamento de adolescentes e jovens, bem como difundindo a possibilidade de atendimento autônomo e direto com esses, tal como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a).

Com relação à população em situação de rua, o estudo apontou a presença da sífilis e outras IST e a dificuldade de adesão aos tratamentos, além da baixa procura espontânea ou incentivada dos serviços de saúde. Grangeiro e colegas (2012), em estudo no município de São Paulo, já haviam pontuado que a prevalência do HIV em moradores de rua é desproporcional em relação à população em geral. A presença da infecção do HIV, incluindo a sífilis e até a coinfeção HIV-sífilis ocorre devido as características demográficas, práticas sexuais de risco e uso de drogas e álcool e falta de acesso às ações de prevenção das IST/HIV/aids por esta população.

Isso aponta a importância da “Política Nacional para a População em Situação de Rua” (BRASIL, 2009b) que, segundo Paiva e colegas (2016), é uma problemática social atual que requer intervenções estatais mais expressivas e que considerem o modo como ela se constitui e as formas de sobrevivência que desenvolvem, identificando as suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, bem como os motivos que levaram essas pessoas às ruas. Nesse sentido, frisando as intervenções educacionais e outras práticas educativas, Grangeiro *et al.* (2012) alega que foram obtidos efeitos muito positivos junto à população em situação de rua, podendo culminar em amplas melhorias na qualidade de vida e saúde desses indivíduos.

### ***Impactos da covid-19***

A toda a situação de saúde descrita, a partir de 2020, o Brasil viu-se em meio à pandemia de covid-19 (SÁ, 2020; OPAS, 2020). Em nossa pesquisa, observou-se que essa situação provocou, durante o ano de 2021, uma realocação de profissionais de saúde de seus postos, passando a transferi-los para a aplicação de vacinação e tratamento da covid-19, além da reorientação dos atendimentos para os casos de saúde sexual e reprodutiva mais fundamentais. Os trabalhos de distribuição de insumo de prevenção sexual, como os preservativos e oferta de testes rápidos realizados na rua foram interrompidos, bem como os atendimentos ginecológicos diminuíram em quantidade. As consultas de rotina, por sua vez, passaram a ser realizadas com maiores intervalos e a prioridade passou a ser atendimento aos casos de pré-natal. Houve também a interrupção na colocação de DIU e mudanças nas orientações que os profissionais prestavam às pacientes que chegavam ao serviço com o desejo de engravidar, independente da faixa etária, para que postergassem a gravidez.

Complementando a pesquisa, um estudo qualitativo realizado no Estado do Rio Grande do Norte sobre os impactos e desdobramentos da covid-19 na Atenção Básica (LOPES *et al.* 2020), constatou que com o início da pandemia, a equipe de enfermagem reduziu alguns de seus atendimentos, adotando o sistema de escala de trabalho para diminuir o contato com os infectados pela covid-19, uma vez que a triagem passou a ser feita diretamente pela equipe; a realização do pré-natal por mulheres gestantes e acompanhante passou a ser agendada; o modo com os profissionais passaram a abordar os usuários se alterou, gerando situações de aversão, falta de humanização na assistência e um fortalecimento do foco biomédico do processo saúde-doença; visitas domiciliares também foram afetadas, uma vez que agentes comunitários passaram a cumprir sua carga horária dentro da própria Unidade de Saúde, diminuindo a comunicação entre usuários e serviços de saúde; alguns atendimentos e consultas foram suspensos, a fim de diminuir o fluxo de pessoas no serviço; e passou-se a adotar o método de teleatendimento e consultas coletivas. Dessa maneira, o estudo verifica que laços interpessoais construídos na Atenção Básica foram abalados e ações que eram voltadas ao coletivo passam a ser substituídas por ações individuais.

No município de Franco da Rocha, como aspecto positivo, foi observada a aproximação de jovens ao serviço, que, ao buscar a vacinação contra a covid-19, passaram a frequentar o posto e retirar preservativos e gel lubrificante, principalmente no CTA/COAS. Também se explicitou a importância do setor público de saúde como fundamental para os municípios e



populações SUS-dependentes nas ações de saúde, inclusive para atenção e controle da pandemia.

Das principais propostas feitas pelos profissionais de saúde para a melhoria das infecções de IST, levantadas na pesquisa, estão a recomendação de haver presença de um médico ginecologista nos postos de saúde, a retomada e maior realização de distribuição de insumos e testes rápidos, autotestagem em ações de rua, a realização de orientações sobre vacinações de HPV e hepatite B nas escolas e uma maior atenção às IST, em geral. Também apontaram a possibilidade de uso mais intenso de redes sociais como um canal importante para alcançar o público jovem e adolescente e a manutenção das importantes parcerias e ONGs, ressaltando o projeto Bem-Me-Quer e a Polícia Militar.

A educação sexual, por sua vez, aparece como iniciativa central a ser inserida nas escolas públicas, para orientar adolescentes e jovens com relação à promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das IST/HIV/aids.

## 7. CONCLUSÃO

Exigindo novos modos de produzir saúde, adolescentes e jovens representam uma parcela expressiva da população brasileira e sua presença tem sido crescente nos índices das infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez precoce, em decorrência tanto de hábitos e comportamentos individuais, quanto de relações estruturais da sociedade atual e em outros modos de desigualdade vigentes no Estado e na cultura brasileira, inclusive opressões, como o racismo, o machismo, a homofobia, etc. No município de Franco da Rocha, tais fatores se somam a maior procura dos serviços de saúde por pessoas pardas de classe baixa, que compõem quase a totalidade dos munícipes desta cidade dormitório.

A partir disso, a produção de vulnerabilidades é um importante marcador entre este público, ainda não atendendo os princípios que regem os direitos sexuais e reprodutivos, tão em voga nas políticas de saúde. Nesse cenário, a discussão mais pungente se detém ao fato de que adolescentes e jovens são sujeitos desses direitos e devem ter garantidos o empoderamento, a liberdade e autonomia necessárias para o acesso aos serviços de saúde e ter uma vida sexual saudável e segura.

Apesar de apontar uma alta centralização das ações quanto à prevenção e tratamento às IST no CTA/COAS, está havendo uma tentativa de espraiamento dessas ações às UBS, porém elas acabam atingindo mais o público feminino, mais presente nesses serviços, principalmente durante as gestações, quando os testes de IST são obrigatórios. O CTA/COAS também é procurado pelo público para obtenção de informações, orientação, prevenção, além de tratamento.

As IST mais presentes no município, são a sífilis e o HPV, mas há também casos de hepatite B e HIV. Há incidência de HIV/aids em todas as faixas etárias, principalmente entre adultos jovens de 18 e 25 anos, geralmente HSH (incluindo *gays* e *travestis*), ainda que haja incidência entre menores de 18 e os acima de 35 anos, mesmo mulheres gestantes ou não. Assim, a cidade se insere, principalmente, no contexto de feminização, heterossexualização, pauperização e interiorização do perfil epidemiológico do HIV/aids, mas também em sua “juvenização”.

Entre os HSH, as razões para a maior prevalência têm sido, especialmente, o baixo uso consistente de preservativo e a naturalização da infecção devido à existência de tratamento

disponíveis. Isso denota que são necessários uma ampliação e um fortalecimento das campanhas de prevenção e de conscientização acerca da infecção pelo HIV e outras IST, alertando inclusive para complicações e a grande quantidade de cuidados que infectados têm de incluir em suas rotinas.

A falta de cuidado com o sexo preventivo torna muitos HSH usuários assíduos de PEP, deixando-os em emergente risco para outras IST, como se verifica com a sífilis. Apesar disso, a própria busca pela PEP revela que esta população está bem informada das estratégias preventivas.

Considera-se também, que o registro dos casos por identificação de sexo biológico, agrupando transexuais, travestis e *gays* pode se configurar como uma vulnerabilidade institucional, desconsiderando principalmente as mulheres transexuais e travestis e suas especificidades, inclusive de grande atuação na prostituição. Nesse sentido o sistema de notificação ignora a vivência de gênero e suas dificuldades desfavorecendo o melhor direcionamento das políticas de saúde, como uma “transfobia institucional”. Nesse sentido, a desobediência às diretrizes da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais” pode configurar uma infração aos direitos básicos dessa população.

Quanto às hepatites B e C, têm estado predominantemente presentes em homens que fazem sexo com homens, pessoas que fazem ou já fizeram uso de drogas e pessoas de mais idade que descobrem que estão infectadas a mais tempo e não têm alta prevalência no município. Provavelmente, isso ocorre com a hepatite B porque a taxa de vacinação no município é alta, embora não haja busca da dose de reforço na adolescência, aos 15 anos, como indicado.

Na população heterossexual, por sua vez, o diagnóstico geralmente feito nos exames de pré-natal, mostra que as mulheres se infectam através do parceiro, geralmente fixo, demonstrando o não uso de camisinha, nem testagens conjuntas e nem prevenção delas nessas relações. Aponta também que as IST estão presentes entre homens heterossexuais, inclusive casos de HIV, porém esse público pouco busca a testagem e não possui autopercepção de risco, com raras exceções.

Nesse sentido percebe-se que o público heterossexual não vem tendo informação e nem feito adesão às estratégias de “Prevenção Combinada” propagadas, que orientam estratégias

complementares de prevenção de HIV, principalmente quando não realizam testagem entre os casais ou regularmente.

O HPV, embora não haja dados de notificação dessa infecção, é detectado principalmente em homens homossexuais (na forma de HPV retal) e mulheres adolescentes, jovens e adultas heterossexuais (na forma de HPV no colo uterino) não vacinados, apontando a necessidade de um fortalecimento da vacinação na população em geral.

A sífilis, por sua vez, tem alta incidência entre a população jovem que não adere ao uso de preservativo em todas as relações e menos ainda com parceiros fixos. É constante o aparecimento de gestantes infectadas diagnosticadas no pré-natal nas faixas que vão dos 15 aos 30 anos, embora as proporções não ultrapassem valores estaduais e nacionais. Grupos *gays*, por sua vez, também têm uma presença majoritária de exposição à sífilis, nas faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 anos ou mais anos.

A pesquisa reforça a importância da disseminação de campanhas educativas para a promoção de testes rápidos para sífilis nas UBS, uma vez que é uma das principais portas de entrada da população em geral, além da introdução de sua realização periódica em rotinas médicas e ginecológicas. Essa ação fomentaria o incentivo à prevenção, à promoção à saúde e a conscientização de que a infecção é perigosa.

Casos de sífilis congênita também aparecem, denotando casos de falta de tratamento no pré-natal e também possíveis casos de reinfecção durante a gestação. Isso remete ao alerta com relação à dificuldade de tratamento dos parceiros e sua não adesão aos tratamentos, além dos casos de gestantes sem parceria fixa. Dos motivos alegados pelos homens para o não tratamento da sífilis estão, além da ignorância sobre a situação sorológica pela falta de procura por testagens, a justificativa de falta de tempo devido ao trabalho, esquecimento, e até casos de medo de injeção. Considera-se que essa postura também pode estar associada a uma visão machista, que atribui à mulher a responsabilidade pelo cuidado, inclusive sexual.

Reforça-se, nesse sentido, a necessidade de melhoria de aconselhamento, acolhimento e identificação conjunta de estratégias para mulheres e seus parceiros quando em situação de parceria fixa. Além disso, a busca ativa feita por agentes comunitários seria fundamental, embora a pesquisa mostre que não tem sido possível devido à falta de recurso humano e/ou mesmo rotatividade de profissionais nos serviços de saúde.

É importante pontuar a fundamental ação do CTA/COAS, que atua com grupos vulnerabilizados, incluindo *gays* e transexuais e travestis e tem foco em pontos-chave, como áreas de prostituição, de frequência de HSH, incluindo residências de trans e casos de pessoas em situação de rua. Essas ações têm mantido a população *gay* e travesti informada das estratégias preventivas, como mostrou o estudo, embora isso não esteja tão presente entre a população em geral.

Com relação à população HSH, observa-se uma maior circulação para fora do município de travestis, visto que em geral a população *gay* não circula muito devido às baixas condições econômicas. Isso reforça a importância da criação de estratégias conjuntas entre municípios vizinhos para a população travesti, de forma regionalizada.

O uso da camisinha, embora seja a principal estratégia de prevenção entre a população em geral, ainda encontra resistência, como visto, revelada na baixa procura entre adolescentes e jovens nas UBS, no não uso consistente em todas as relações sexuais por hetero e homossexuais.

A aceitação às sexualidades dissidentes parece estar mais abrangente atualmente, registrando que os profissionais informam que adolescentes e jovens num geral se mostram mais dispostos a exprimir e experimentar formas de viver a sexualidade e diversidade de parcerias, apontando uma mudança cultural. Nota-se também abertura de pessoas LGBTI na relação com o CTA/COAS, identificando esse serviço como local de acolhimento, bem como a postura de mais famílias que identificam esse serviço para a busca de orientação sobre sexualidade e IST para seus filhos em início de prática sexual. Isso denota a importância de assiduidade no engajamento dos diversos serviços de saúde e de setores da sociedade civil e do Estado, na continuidade de promoção de uma visão menos conservadora e mais alinhada ao respeito às diversidades, realizando, se necessária, a capacitação de profissionais de saúde para facilitar o acolhimento e o fornecimento dessas orientações sobre cidadania e saúde. Entre elas, divulgar a não obrigatoriedade e nem necessidade de autorização de um responsável legal para o atendimento de adolescentes é estratégico, incentivando a busca deste público aos serviços de forma autônoma e propagando o seu empoderamento.

Dos principais impactos diante da pandemia de covid-19 com relação às IST, pode-se ressaltar a alteração de algumas rotinas nos serviços de saúde, mas principalmente queda abrupta de busca por testes rápidos. Ao mesmo tempo, a necessidade de vacinação contra a

covid-19 provocou a vinda de uma população adolescente e jovem aos serviços que passou a demandar preservativos e lubrificantes.

A pandemia também resultou numa paralisação de ações de prevenção extramuros junto a população e com população-chave, incluindo moradores de rua. No entanto, essas ações já tem sido retomadas após a disponibilização da vacinação contra a covid-19.

Finalizando, o estudo mostra que há necessidade de fortalecimento e ampliação das políticas de promoção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil, uma vez que jovens e adolescentes têm sido cada vez mais protagonistas dessa realidade. Estratégias da prevenção combinada devem ser cada vez mais propagadas e colocadas como ação programática dos serviços de saúde, se estendendo também às UBS, reforçando a oferta de preservativos, mas também a dispensa da PrEP e da PEP e maior divulgação e oferta dos testes rápidos.

Aproveitando as recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde desta pesquisa, indica-se também a realização de distribuição de testes rápidos e autotestagem em ações de rua, além da realização de orientações sobre vacinações de HPV e hepatite B nas escolas e informações sobre IST, em geral. As redes sociais também podem ser mais utilizadas como maneira de alcançar jovens e adolescentes e as ONGs podem ser importantes dispositivos de propagação de orientação e mesmo promoção e prevenção à saúde.

Também é importante diminuir a naturalização do diagnóstico positivo frente às IST por parte dos adolescentes e jovens, através, principalmente, de uma conscientização educacional coletiva. Nesse sentido, assumir que a educação sexual é uma estratégia básica de saúde é fundamental, pois promove a responsabilidade das políticas públicas em prol da não culpabilização dos pacientes, levando sempre em consideração o processo saúde-doença dentro de um sistema social estrutural, que perpassa a estruturação do Sistema Único de Saúde pelo Estado Brasileiro e inclui as condições socioeconômicas e culturais gerais, como sendo fatores-chave para a disseminação de preconceitos de gênero, como o machismo e a LGBTIfobia, além do racismo. Tal educação sexual, necessita, portanto, pautar nos diversos espaços e serviços públicos, incluindo escolas, as temáticas como orientação sexual, identidade de gênero, IST e prevenção, perpassando pela questão de raça e de classe também, destacando as contradições sociais e demarcando as condições e oportunidades, com diversas técnicas educativas, para que cada grupo populacional acesse os seus direitos de cidadania.

## REFERÊNCIAS

1. ABRAMO, Helena W. Cenas juvenis: Cenas Juvenis: punks e darks no espetáculo urbano. São Paulo: Scritta, 1994.
2. ARAUJO, E.C. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Rev. para. med; 20(1): 47-51, jan.-mar. 2006. Disponível: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf>. [Acesso em: 02 fev 2022].
3. AYRES, J.R.C.M. et al. (ed.). Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - Adolescência e Juventude. São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa / FMUSP, 2012.
4. AYRES, J.R.C.M et al. O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. CZERESNIA, D. & FREITAS C.M. (Orgs.). 2nd. Ver. And. Enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. pp. 121-143.
5. BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 10 out 1979. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/l6697.htm#:~:text=Art.,nos%20casos%20expressos%20em%20lei](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm#:~:text=Art.,nos%20casos%20expressos%20em%20lei).
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: [22 jan. 2022].
7. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). [Acesso em: 22 jan 2022].
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 90, 1999. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf). [Acesso em: 26 jan 2022].
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 597, de 08 de abril de 2004. Institui, em todo território nacional, os calendários de vacinação. 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0597\\_08\\_04\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0597_08_04_2004.html). [Acesso em: 02 fev 2022].
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 60 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível

em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-28734>. [Acesso em: 22 jan 2022].

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
13. BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). [Acesso em: 06 fev 2022].
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 104, p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <https://bityli.com/zQfcC>. [Acesso em: 22 jan 2022].
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. ed.1, reimpr. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
17. BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2013b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm). [Acesso em: 22 de jan 2022].
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013c. 32 p.: il.



19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. Estratégia de Vacinação contra HPV. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Rio de Janeiro, 2014. Disponível: [http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_hpv\\_14\\_selecao.php](http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_selecao.php). [Acesso: 23 jan 2022].
20. BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 mar 2016a. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art21](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art21). [Acesso em: 22 de jan 2022].
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 166 p.: il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 121 p.: il.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 234 p.: il.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 120 p.: il.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p.: il.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2021 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, n1. out 2021a (número especial). Disponível

em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim\\_sifilis-2021\\_internet.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf). [Acesso em: 22 jan 2022].

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2021 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, n1. out 2021b (número especial). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaid-2021>. [Acesso em: 22 jan 2022].
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico: hepatites virais / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c (número especial). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaid-2021>. [Acesso em: 22 jan 2022].
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. 20-?a. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br>. [Acesso em: 23 jan 2022].
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Indicadores e Dados Básicos das Hepatites nos Municípios Brasileiros. 20-?b. Disponível em: <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>. [Acesso em: 23 jan 2022].
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. 20-?c. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br>. [Acesso em: 23 jan 2022].
32. CAMPOS, A.L.A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 34 (9). Set 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TMXJjB5dMJHmnsfR8pTmtFv/?lang=pt>. [Acesso em: 02 fev 2012].
33. CASTRO, E.G.; MACEDO, S.C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. Rev. Direito Práx., Rio de Janeiro, Vol. 10, N. 02, 2019 p. 1214-1238. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/KJQwwTJWTWgskWqmSRPDpwy/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 22 jan 2022].
34. CAVALCANTE, E.G.F. et al. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):448-455. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z8x7ZSsXyfjn7sPWgHxYmJM/?lang=pt&format=pdf>. [Acesso em: 02 fev 2022].

35. CHIACCHIO, A.D. et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019. *Revista Amazônia Science & Health*, Vol. 8, Nº 2. 2020. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3136/1621>. [Acesso em: 02 fev 2022].
36. COELHO, N. Pesquisa aponta presença do HPV em 54,6% da população brasileira. Fiocruz: Agência Saúde. 29 nov 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-aponta-presenca-do-hpv-em-546-da-populacao-brasileira>. [Acesso em: 23 jan 2022].
37. CONASS – Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Casos de sífilis estão subnotificados devido à baixa testagem no período da pandemia. Secretaria de Estado da Saúde Pública, Rio Grande do Norte, 6 out 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/casos-de-sifilis-estao-subnotificados-devido-a-baixa-testagem-no-periodo-da-pandemia/>. [Acesso em: 6 out 2020].
38. CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.
39. CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 17-73.
40. COSTA, M.I.F. et al. Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.* 72 (6), Nov-Dec 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nrp4vt6xycW5B95dFMwwHVJ/?lang=pt#>. [acesso em: 21 jan 2021].
41. CRUZ, C.R.B.; SHIRASSU, M.M.; MARTINS, W.P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. *Arq Gastroenterol*, v. 46 – no.3 – jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/rbGcpgnrgrXjmB7GNn5nyLP/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 02 fev 2022].
42. DATASUS (TabNet). Informações de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2021. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/informacoes-de-saude/>
43. FARIAS, N et al. Coinfecção pelos vírus das hepatites B ou C e da imunodeficiência adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 475-486, set. 2012. Disponível em: <https://bityli.com/DpZyB>. [Acesso em: 31 jan 2022].
44. FELISBINO-MENDES, M.S. et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 21 (suppl 1), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nxJkwsSWCDHjYsNpsZ9f6Sz/?lang=pt>. [Acesso em: 22 jan 2022].

45. FELISBINO-MENDES, M.S. et al. Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. Epidemiol.* 24 (suppl 2), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nR5cC97szkSznmwMk3yTyJs/?lang=en>. Acesso em: 31 jan 2022.
46. FERREIRA, C.T.; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev. bras. epidemiol.* 7 (4). Dez 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Hb5tXY8xRxp8ph8JjVRMXWS/?lang=pt>. [Acesso em: 31 jan 2022].
47. FIGUEIREDO, R. Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, v.22, n.2, 2022 (no prelo).
48. FIGUEIREDO, R.; BASTOS, S.; TELLES, J. L. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 22, n. 1, p.1-15.
49. FIORAVANTI, C. Em silêncio, a sífilis avança. *Saúde Pública. Pesquisa FAPESP*. São Paulo, 22 jun 2021. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/em-silencio-a-sifilis-avanca/>. [Acesso em: 23 jan 2022].
50. FORMENTI, L. Ministro da Saúde admite que Brasil vive uma epidemia de sífilis. *O Estado de S. Paulo, Saúde*. São Paulo, 20 out 2016. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-admite-que-brasil-vive-uma-epidemia-de-sifilis,10000083382>. [Acesso em: 23 jan 2022].
51. FRANCH M., RIOS, L.F. O direito à prevenção da Aids: nas escolas, nos serviços de saúde e alhures. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190750. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2020.v24/e190750/pt>.
52. FRANCO DA ROCHA. Perfil socioeconômico do Município de Franco da Rocha. Prefeitura da Cidade de Franco da Rocha. Franco da Rocha, 2015. Disponível em: [http://www.francoarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo\\_59bc27a755a80.pdf](http://www.francoarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_59bc27a755a80.pdf). [Acesso em: 23 jan 2022].
53. GARCIA, F.L.B. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás [manuscrito]. Orientadora: Marília Dalva Turchi. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, 2009. 78f. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/59/o/FernandaLopes-2009.dpf.PDF>. [Acesso em: 23 jan 2022].
54. GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública* 46 (4), Ago 2012. Disponível em: <https://bityli.com/IFJFq>. [Acesso em: 06 fev 2022]
55. GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. *Doença e Sociedade, Estud. av.* 9 (24), Ago 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/brJ7VxNXZn9FYByb6QCGsdj/?lang=pt>. [Acesso em: 26 jan 2022].

56. GUIMARAES, D.A. et al. Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. *Estud. psicol. (Natal)*. Vol. 24, n. 1, pp. 21-31, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/ftUkI>.
57. HAMANN, C. et al. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.3, p.651-663, 2017. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zhP43XcJ69phPZXFFx8JTwy/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso: 02 fev 2022].
58. HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 57 – 68, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/f3rcpqWssvByWqQkBjVz9dN/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 03 fev 2022].
59. HENRIQUES, B.D.; ROCHA, R.L.; MADEIRA, A.M.F. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Reme - Rev. Min. Enferm.*;14(2): 251-256, abr./jun., 2010. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/114>. [acesso em: 21 jan 2021]
60. IBGE. Estudo e Pesquisas. Informação demográfica socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. n. 27. Rio de Janeiro: Gráfica Digital; IBGE, 2010.
61. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.
62. IBGE. PNS 2019: em um ano, 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual no Brasil. Estatísticas Sociais. Agência IBGE Notícias. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
63. KNAUTH, D.R.; VICTORA, C.G.; LEAL, O.F. A banalização da aids. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/Fyg6RXyhpLnZYp5kdRcPZkL/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 31 jan 2022].
64. LOPES, T.G.S.L.; SCHINONI, M.I. Aspectos gerais da hepatite B. *Ver. Ci. med. biol.*, Salvador, v.10, n.3, p.337-344, set./dez 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5899/4251>. [Acesso em: 31 jan 2022].
65. LUPPI, C.G. et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014\*. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(1), 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n1/2237-9622-ess-27-01-e20171678.pdf>. [Acesso em: 31 Jan 2022].
66. MACÊDO, F.L.S et al. Infecção pelo HPV na adolescente. *Femina*; 43(4): 185-188, jul.-ago. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771211>. [Acesso em: 01 fev 2022].

67. MAGALHAES, D.M.S et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública* 29 (6), Jun 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?lang=pt>. [Acesso em: 2022].
68. MAGNO, L. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(4):e00112718. Disponível em: <https://bityli.com/mwVBs>. [Acesso em: 02 fev 2022].
69. MARTINS, M.M.F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 35 (1), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?lang=pt>. [Acesso em: 22 jan 2022].
70. MASCHIO-LIMA, T. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 19 (4): 873-880 out-dez., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3pCKZ5sv6CBCBtzCYgCHP3s/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 02 fev 2022].
71. MELLO L.; BRITO W.; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu* (39), jul-dez 2012:403-429. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/YQWsXdYVRgFgWsW9c5w8mnw/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 02 fev 2022].
72. MELO, T.F.V et al. Perfil epidemiológico de mulheres com HPV atendidas em uma unidade básica de saúde. *J. res.: fundam. care. online* 2016. out./dez. 8(4): 5177-5183. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3648>. [Acesso em: 01 fev 2022].
73. MINAYO, M.C.S. Ciências, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade / DESLANDES, S.F.; NETO O.C.; MINAYO, M.C.S (Org.)*. Ed. 21 Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
74. MIRANDA, A.E. et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 30 (spe1). 15 Mar 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2021.v30nspe1/e2020611/#>. [Acesso em: 22 jan 2022]
75. MONTEIRO, B. Franco da Rocha recebe certificado de participação pela 13ª Campanha Estadual de prevenção ao HIV/Aids e outras ISTs. Prefeitura da Cidade de Franco da Rocha. Franco da Rocha: Saúde. 7 abr 2021. Disponível em: <http://francodarocha.sp.gov.br/franco/artigo/noticia/10168>. [Acesso em: 23 jan 2022].
76. MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Espaço temático: saúde e direitos da população trans. *cad. Saúde pública* 35(4), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7Smzr3QL4tfvwZvqyKtysgt/?lang=pt>. [Acesso em: 31 jan 2022].
77. MOROSKOSKI, M. et al. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba – PR. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2018 Jul.;1(1):47-58. Disponível em:

- <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/39/12>. [Acesso em: 23 jan 2022].
78. NASCIMENTO L. Dezembro Vermelho: Secretaria da Saúde realiza ação para distribuição de autotestes e conscientização sobre o HIV. Prefeitura da Cidade de Franco da Rocha. Franco da Rocha: Saúde. 9 Dez 2021. Disponível em: <http://www.francoarocha.sp.gov.br/franco/artigo/noticia/10711>. [Acesso em: 23 jan 2022].
  79. NEVES, G.N et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(3):443-454, jul-set 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2017.v26n3/443-454/>. [Acesso em: 28 jan 2022].
  80. OLIVEIRA, M.M. et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 21 (suppl 1), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7FpfgYSPBgvXzfVhdmDgF6B/?lang=pt>. [Acesso em: 22 jan 2022].
  81. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. Organização Mundial da Saúde: OPAS. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. [Acesso em: 23 jan 2022]
  82. ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. (217 [III] A). Paris. 1948.
  83. PAGANI, M.V. Sífilis gestacional e congênita no estado do Rio de Janeiro 2007-2014: análise comparativa entre adolescentes e adultas. Orientadora: Katia Silveira da Silva. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro – RJ, 2017. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26358/2/marina\\_pagani\\_iff\\_mest\\_2017.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26358/2/marina_pagani_iff_mest_2017.pdf). [Acesso em: 23 jan 2022].
  84. PAIVA, I.K.S. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde colet.* 21 (8). Ago 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n8/2595-2606/pt/>
  85. PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília: UNFPA-BR; 1994. (on line). Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. [Acesso em: 30 set 2021].
  86. PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/26>. [Acesso em: 02 fev 2022].
  87. PERUCCHI, J. et al. Psicologia e políticas públicas em HIV/aids: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*; 23 (n. spe.), 72-80, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/VvwVfGxwZZyKxr6d6GWDgcn/?format=pdf&lang=pt>. [Acesso em: 02 fev 2022].

88. PINHEIRO, T.F.; CALAZANS, G.J.; AYRES, J.R.C.M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013. Disponível em: <https://bitly.com/vLIqK>. [Acesso em: 26 jan 2022].
89. POP-BRASIL. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-BRASIL) - 2015-2017 / Associação Hospitalar Moinhos de Vento. – Porto Alegre, 2020. 89 p. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/uploads/indicadores/Estudo-POP-BRASIL-2015-2017.pdf>. [Acesso em: 01 fev 2022].
90. RIBEIRO, B.V.D. et al. Um século de sífilis no Brasil: deslocamentos e aproximações das campanhas de saúde de 1920 e 2018/2019. *Revista Brasileira de História da Mídia*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 113-158, jan./jul. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rbhm/article/view/11727/7783>. [Acesso em: 26 jan 2022].
91. RIOS, R.R. Para um direito democrático da sexualidade. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/YWPnQB8XXj5ZkmtCkxQgdXs/?lang=pt>. [Acesso em: 21 jan 2022].
92. SÁ, D.M. Especial Covid-19: Os historiadores e a pandemia. Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz. 18 set 2020. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.html>. [Acesso em: 06 fev 2022].
93. SÃO PAULO. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo / Organização de Mariana Arantes Nasser, Albertina Duarte Takiuti, Arnaldo Sala, Aparecida Linhares Pimenta, Jan Stanislas Joaquim Billand, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Sandra Mara Garcia, Analice de Oliveira; Ilustrações de Cláudia Lúcia Kfourir. - São Paulo: LCA&J, 2021. 385 p.: il.
94. SÃO PAULO. Cresce o número de casos de sífilis no País. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP. Saúde pública (Sífilis endêmica). Ed 330. Out 2015. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/homepage/destaques/epidemia-de-sifilis>. [Acesso em: 23 jan 2022].
95. SEADE. Perfil dos Municípios Paulistas (Franco da Rocha). Governo do Estado de São Paulo. 2021. Disponível em: <http://perfil.seade.gov.br/#>. [Acesso em: 32 jan 2022].
96. SILVA, C.R.; LOPES, R.E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. V. 17(2), 2009. p. 87-106.
97. SILVA, J.O. Perfil epidemiológico e clínico de homens com diagnóstico de HPV atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal. Orientador: Mauro Niskier Sanchez. Dissertação (Mestrado) – Universidade De Brasília, Faculdade de Ciência da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31116/1/2017\\_J%C3%AAAniferOlivattodaSilva.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31116/1/2017_J%C3%AAAniferOlivattodaSilva.pdf). [Acesso em: 01 fev 2022].



98. SOUSA, C.P. et al. Adolescentes: maior vulnerabilidade às IST/aids? RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis., 2017; 9(4): 2289-2295. Disponível em: <https://bityli.com/mpSMN>. [Acesso em: 06 fev 2022].
99. TAQUETTE, S.R. et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. Temas Livres, Ciênc. saúde colet. 22 (6), Jun 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?lang=pt>. [Acesso em: 22 jan 2022].
100. VIOTTI, M.L.R. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). [acesso em: 30 set 2021].
101. VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Ed 3. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil, 2009.
102. ZUCCHI, E.M.; PAIVA, V.S.F.; FRANCA JUNIOR, I. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. *Temas psicol.* 2013, vol.21, n.3, pp. 1067-1087. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300017&lng=pt&nrm=iso). [Acesso em: 26 jan 2022].

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - SERVIÇOS DE IST/HIV/COAS e UBS

#### I - Como estão as ISTs no município?

##### A) sobre o HIV:

A1) Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica

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

A2) como é o fluxo de atenção?

A3) E a adesão aos antirretrovirais, quais principais problemas e dificuldades, tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

A4) Como está a mortalidade por AIDS no município? Tem algum perfil pessoal predominante?

A5) Vocês notaram alguma mudança no perfil de infecções de HIV devido à pandemia de covid-19?

A6) Vocês notaram alguma mudança na adesão aos antirretrovirais devido à pandemia de covid-19?

A7) Como está a busca por testes de HIV? Qual o perfil de pessoas que procuram esses exames?

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

A8) Como está o uso da PEP – Profilaxia pós-exposição ao HIV?

- a) Quantidade na procura da PEP?
- b) Perfil pessoal de quem procura
- c) Situações de risco mais recorrentes que motivam procura?
- d) Problemas e dificuldades notadas no uso da PEP
- e) Notaram impacto da Covid-19 na busca e uso da PEP?

A9) Como está o uso da PrEP – Profilaxia PRÉ-exposição ao HIV?

- a) Quantidade de usuários atuais da PrEP
- b) A quantidade de procura da PrEP
- c) Perfil pessoal de quem procura a PrEP
- d) Situações que motivam procura?
- e) Problemas e dificuldades notadas para o uso da PrEP
- f) Notaram impacto da Covid-19 na busca e uso da PrEP?

---

**B) sobre a SÍFILIS:**

B1) Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica

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

B2) como é o fluxo de atenção?

B3) E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades, tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

B4) Vocês notaram alguma mudança no perfil de infecções por sífilis devido à pandemia de covid-19?

B5) Vocês notaram alguma mudança na adesão ao tratamento da sífilis devido à pandemia de covid-19?

B6) Como está a busca por testes de sífilis? Qual o perfil de pessoas que procuram esses exames?

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

---

**C) sobre a Hepatite B**

C1) Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica

- a) por sexo
- b) gênero
- c) via de infecção

- d) orientação sexual predominante é de pessoas heterossexuais, bi ou homo
- e) faixa etária
- f) raça/cor?

C2) como é o fluxo de atenção?

C3) E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades, tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

C4) Vocês notaram alguma mudança no perfil de infecções por Hepatite B devido à pandemia de covid-19?

C5) Vocês notaram alguma mudança na adesão ao tratamento da Hepatite B devido à pandemia de covid-19?

C6) Como está a busca por testes de hepatite B? Qual o perfil de pessoas que procuram fazer exames de hepatite B?

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

C7) Como está a vacinação por hepatite B no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens? De que perfil?

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

C8) Como está a vacinação de Hepatite B entre pessoas vivendo com HIV?

C9) Vocês notaram alguma mudança na busca de vacinas Hepatite B devido à COVID?

---

#### **D - sobre o HPV**

D1) Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica

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

D2) como é o fluxo de atenção?

D3) E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades, tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

D4) Vocês notaram alguma mudança no perfil de infecções por HPV devido à pandemia de covid-19?

D5) Vocês notaram alguma mudança na adesão ao tratamento da HPV devido à pandemia de covid-19?

D7) Como está a vacinação por HPV no município? Há procura da vacina por adolescentes ou jovens? De que perfil?

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

D8) Como está a vacinação de HPV entre pessoas vivendo com HIV?

D9) Vocês notaram alguma mudança na busca de vacinas HPV devido à COVID?

---

**E) Alguma OUTRA IST é preocupante no município? Qual?**

E1) Qual o perfil de infectados? Caracterização mais típica

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

E2) como é o fluxo de atenção?

E3) E a adesão ao tratamento? Quais principais problemas e dificuldades, tem um perfil de evasão ou recusa do tratamento?

E4) Vocês notaram alguma mudança no perfil de infecções dessa IST devido à pandemia de covid-19?

E5) Vocês notaram alguma mudança na adesão ao tratamento dessa IST devido à pandemia de covid-19?

---

**II – SOBRE A POPULAÇÃO ADOLESCENTE E JOVEM DO MUNICÍPIO:**

**F) sobre a POPULAÇÃO ADOLESCENTE E JOVEM**

F1) Como é o perfil de comportamento sexual geral da população adolescente e jovem?

F3) Existem espaços ou locais de concentração adolescente e jovem e paquera? Quais?

F2) Há um trabalho específico educativo de prevenção em saúde e IST com a população adolescente e jovem do município, qual(is)?

F3) Existem adolescentes e jovens em situação de rua no município? Qual o perfil desses adolescentes e jovens

F4) Essa população apresenta IST? Quais?

F4) Vocês notaram alguma mudança de comportamento da população adolescente e jovem em geral devido à COVID-19?

---

**G) Com relação à população GAY E BISSEXUAL MASCULINA (adolescente e jovem):**

G1) Qual o comportamento sexual típico?

G2) Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização gay no município?

G3) Existem pontos de prostituição gay no município? Quais?

G4) Há Algum trabalho específico educativo de prevenção em saúde e IST com a população gay do município, qual(is)?

G5) Vocês notaram alguma mudança de comportamento da população adolescente e jovem GAY devido à COVID?

---

**H) Com relação à população TRAVESTI e TRANSEXUAL FEMININA:**

H1) Qual o comportamento sexual típico dessas trans?

H2) Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização trans no município?

H3) Existem pontos de prostituição TRAVESTIS no município? Quais?

H4) Há um trabalho específico educativo de prevenção em saúde e IST com a população TRANS do município, qual(is)?

H5) Vocês notaram alguma mudança de comportamento da população adolescente e jovem TRANS devido à COVID?

---

**I) Com relação à população LÉSBICAS ou HOMENS TRANS:**

I1) Qual o comportamento sexual típico desses grupos

I2) Quais os seus pontos de encontro e concentração para socialização de lésbicas ou homens trans no município?

13) Há um trabalho específico de prevenção em saúde e IST com a população de lésbicas ou de homens trans no município?

14) Vocês notaram alguma mudança de comportamento da população adolescente e jovem Lésbica ou de homens trans devido à COVID?

---

**J) A equipe de saúde do serviço tem profissionais LGBT?**

**K) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre IST e população jovem e adolescente em Franco?**

## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ENTREVISTA - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr. (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha”** que tem como um dos objetivos identificar e compreender as estratégias intersetoriais e em rede, utilizadas pelo município para o cuidado em saúde mental de famílias e pessoas em situação de rua e vulnerabilidade psicossocial, durante a pandemia de Covid-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde e da assistência social do município de Franco da Rocha. A entrevista terá duração de aproximadamente 60 minutos e será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise.

Os riscos com essa entrevista são mínimos. Caso o (a) Sr.(a) se sinta desconfortável em responder alguma pergunta, possui a liberdade de não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para seu trabalho.

Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr. (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo e-mail [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo e-mail [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você se considera esclarecido o suficiente e consente em participar dessa entrevista?

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável pela entrevista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela entrevista

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_